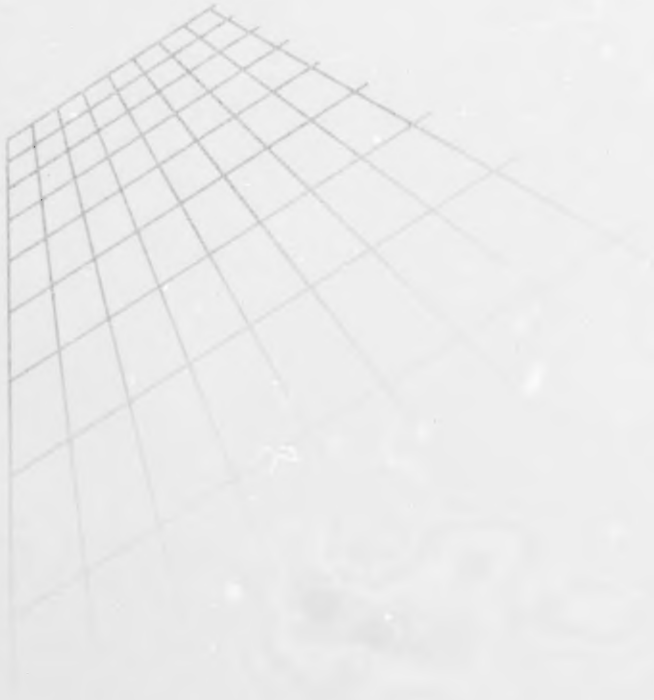
Santé Canada Health Canada

Un cadre conceptuel et épidémiologique pour la

surveillance de l'enfance maltraitée



Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.
Santé Canada

Preparé par David A. Wolfe, PhD et Lilian Yuan, MD, MSc
en vertu d'un contrat avec :

Section de la violence envers les enfants
Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie
Santé Canada
HPB Bldg #7, pré Tunney
I.A. 0701D
Ottawa (Ontario)
K1A 0L2
Tél. : (613) 957-4689
Téléc. : (613) 941-9927

Éditeurs : Lil Tonmyr et Gordon Phaneuf
Conseillère de publication : Janet Doherty

Available in English under the title:
A Conceptual and Epidemiological Framework for
Child Maltreatment Surveillance

Citation suggérée : Santé Canada. Un cadre conceptuel et épidémiologique pour la surveillance de l'enfance maltraitée. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001.

Publication autorisée par le ministre de la santé.

© Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001

Cat. H49-140/2001F
ISBN 0-662-84760-1

TABLE DES MATIÈRES

Examinateurs et intéressés v

Forum sur la surveillance de la violence envers les enfants : questions et options – le 14 décembre 1999
Liste des participants et participantes vi

1 *Un cadre conceptuel pour la surveillance de l'enfance maltraitée* *1*

INTRODUCTION ET OBJECTIF 2
L'importance de la surveillance 3
Objectif du cadre conceptuel 3

DÉFINITIONS DE LA MALTRAITANCE ENVERS LES ENFANTS 5
Perspectives légales et des sciences sociales 5

ÉPIDÉMIOLOGIE 7
Études d'incidence et de prévalence 7
États-Unis 7
Canada et Australie 8
Questions relatives au signalement 9
Données démographiques et situationnelles 9
Enfants 10
Agresseurs adultes et juvéniles 11
Circonstances et conséquences 12

CONTRIBUTIONS THÉORIQUES 13
Causes de la maltraitance 13
Caractéristiques de l'agresseur 14
Le contexte dans lequel survient la maltraitance 16
Conséquences de la maltraitance 18
Psychopathologie du développement 18
Théories relatives au stress et à la résilience 19

UN CADRE CONCEPTUEL POUR LA SURVEILLANCE DE L'ENFANCE MALTRAITÉE . . 22
Organisation et approche 22
Sélection des principaux déterminants de la santé de la population 22
Niveaux d'action 24
Revenu et situation sociale 25
Niveau communautaire 26
Niveau sociétal/culturel 27

Réseau de soutien social 28
Niveau communautaire 29
Éducation 31
Niveau communautaire 31
Niveau sociétal/culturel 32
Environnement physique 33
Niveau communautaire 34
Adaptation personnelle et capacité d'adaptation 35
Niveau individuel : enfant victime 35
Niveau individuel : agresseur adulte 38
Développement de l'enfant 39
Niveau individuel : adulte agresseur 42
Niveau familial 42
Niveau communautaire 43
Niveau sociétal/culturel 44

ANALYSE **46**
Développement d'une capacité nationale de surveillance de l'enfance maltraitée 46
Priorités, partenaires et ressources 47
Éléments à prendre en considération 52
Répercussions de la surveillance de l'enfance maltraitée 53
Prévention 54

RÉFÉRENCES **57**

2 *Un cadre épidémiologique pour la surveillance de l'enfance maltraitée* *63*

INTRODUCTION **64**

CONTEXTE : SURVEILLANCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE **65**

CARACTÉRISTIQUES DES SYSTÈMES DE SURVEILLANCE **66**
a) Utilité 66
b) Simplicité 66
c) Flexibilité 66
d) Acceptabilité 66
e) Sensibilité 67
f) Spécificité 67
g) Représentativité 67
h) Rapidité d'exécution 67
i) Ressources 67

102-02068/

EXEMPLES DE SYSTÈMES DE SURVEILLANCE 68
Surveillance des maladies infectieuses 68
Surveillance des traumatismes 68
Principes applicables à d'autres systèmes. 68
a) Bien choisir les conditions pour la surveillance 69
b) S'assurer d'une communication efficace entre les collaborateurs 69
c) Bâtir les systèmes de surveillance par étape 69
d) Améliorer et mettre à jour de façon continue 69

DONNÉES SE RAPPORTANT À L'ENFANCE MALTRAITÉE 70
Manque d'uniformité dans les définitions de violence et de négligence envers les enfants. 70
Différents niveaux d'identification de la violence et de la négligence envers les enfants 70
Formes multiples de maltraitance envers les enfants 71
Incidence et prévalence 71
Cas en double 72
Manque d'uniformité dans l'information disponible. 72

QUESTIONS FONCTIONNELLES ET OPÉRATIONNELLES 72
Partenariats axés sur la collaboration. 72
Définition des objectifs 72
Définitions de cas 73
Sources de données existantes 74
a) Bases de données de la protection de l'enfance. 74
b) Base de données sur la mortalité de Statistique Canada 74
c) Base de données du Centre canadien de la statistique juridique. 74
d) Statistiques policières 76
e) Statistiques provenant du médecin légiste en chef/coroner en chef. 76
f) Étude d'incidence canadienne des cas déclarés de violence et de négligence envers les enfants . . 77
g) Enquêtes auprès de la population. 77
h) Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients . . . 77
Quelle est la population sous surveillance?. 78
Fréquence de la collecte et de la diffusion des données 78
Variables 78
a) Caractéristiques de l'enfant 79
b) Circonstances des mauvais traitements. 79
c) Caractéristiques de l'agresseur ou des agresseurs présumé(s) 79
d) Caractéristiques du ou des donneur(s) de soins 79
e) Caractéristiques du foyer 79
Transfert de données et protection des renseignements personnels 79
Stockage, analyse et diffusion des données. 80

AUTRES QUESTIONS 80
Intégration avec les activités de surveillance de Santé Canada 80
Surveillance des indicateurs de risque associés à la maltraitance à l'égard des enfants 80

Niveau individuel/familial 80
Niveau communautaire 80
Surveillance des indicateurs comportementaux associés à la maltraitance à l'égard des enfants 81
Cas non signalés 82
Pertinence des informations culturelles 83

QUESTIONS MÉTHODOLOGIQUES 84
Sous-estimation du nombre de cas 84
Erreurs systématiques 84
Dossiers en double 84
Choix des dénominateurs 85

RÉSUMÉ 85

RÉFÉRENCES 86

Liste des tableaux et figures

Figure 1 – Étendue de l'Étude d'incidence canadienne des cas déclarés de violence et de négligence envers les enfants 8
Figure 2 – Données démographiques et situationnelles 10
Figure 3 – Vue d'ensemble du cadre conceptuel 22
Figure 4 – Revenu et situation sociale 26
Figure 5 – Soutien social 29
Figure 6 – Éducation 30
Figure 7 – Environnement physique 34
Figure 8 – Adaptation personnelle et capacités d'adaptation 35
Figure 9 – Développement de l'enfant 40

Tableau 1 – Priorités pour les variables clés du cadre conceptuel, avec des exemples de partenariats 48
Tableau 2 – Données canadiennes sur l'enfance maltraitée 75

EXAMINATEURS ET INTÉRESSÉS

Les auteurs désirent remercier les examinateurs suivants dont l'apport a été indispensible à la mise au point des versions antérieures du présent rapport.

Anne Broadbent
Australian Institute of Health and Welfare
Canberra, Australie

D[r] Donald Bross
Kempe Children's Center
Denver, Colorado

D[r] Alberto Concha-Eastman
Organisation panaméricaine de la santé
Washington, DC

D[r] David Finkelhor
University of New Hampshire
Durham, New Hampshire

D[r] John Fluke
Walter R. MacDonald Associates
Englewood, Californie

D[r] Jeff Haugaard
Cornell University
Ithaca, New York

D[r] Clyde Herzman
University of British Columbia
Vancouver (Colombie-Britannique)

D[r] Ken Johnson
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

D[r] Fraser Mustard
Founders Network
Toronto (Ontario)

D[r] Claude Romer
Organisation mondiale de la santé
Genève, Suisse

D[re] Andrea Sedlak
WESTSTAT
Rockville, Maryland

D[r] Gene Shelley
Centers for Disease Control and Prevention
Atlanta, Géorgie

FORUM SUR LA SURVEILLANCE DE LA VIOLENCE ENVERS LES ENFANTS : QUESTIONS ET OPTIONS – LE 14 DÉCEMBRE 1999

Liste des participants et participantes

Sharon Bartholomew
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Dr Bernard Choi
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Valerie Gaston
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Dr Paul Gully
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Dr Dirk Huyer
The Hospital for Sick Children
Toronto (Ontario)

Dr John Last
Université d'Ottawa
Ottawa (Ontario)

Dre Catherine McCourt
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Gordon Phaneuf
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Dre Rosonna Tite
Memorial University of Newfoundland
St. Johns (Terre-Neuve)

Lil Tonmyr
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Dr Don Wigle
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

David Wolfe, PhD
University of Western Ontario
London (Ontario)

1

Un cadre conceptuel pour la

surveillance de l'enfance maltraitée

David A. Wolfe, PhD

INTRODUCTION ET OBJECTIF

La documentation et la surveillance de l'enfance maltraitée représentent les premières étapes en vue du développement d'une prévention et de services efficaces[1]. C'est pourquoi on commence à exiger la documentation de l'incidence et de la prévalence de la maltraitance à l'égard des enfants partout dans le monde, incluant des formes de mauvais traitements spécifiques à certaines cultures ou étant le résultat de circonstances inhabituelles relativement peu connues des sociétés occidentales telles que la guerre, la famine et les désastres.

Lorsque la maltraitance à l'égard des enfants a été portée à l'attention du public au début des années 60, le pédiatre Henry Kempe a estimé que moins de 1 000 enfants étaient victimes de mauvais traitements (surtout de violence physique) chaque année aux États-Unis. Cependant, la première tentative nationale entreprise aux États-Unis 20 ans plus tard ayant pour but d'étudier l'incidence de la violence et de la négligence envers les enfants, permettant ainsi aux gouvernements fédéral et de chaque état de surveiller le problème de façon plus détaillée, a révélé que l'incidence de la maltraitance à l'égard des enfants dépassait de beaucoup la capacité du système mis en place afin de gérer de ce problème[2]. Entre 1986 et 1993, le nombre de cas rapportés d'enfant victimes de violence ou de négligence aux États-Unis, par exemple, a doublé, passant de 1,4 million à 2,8 millions[3], confirmant que la maltraitance représente une cause sérieuse et répandue de blessures et de décès chez les enfants.

La violence et la négligence envers les enfants ne sont pas des phénomènes nouveaux, et sont dissociés de toute période historique ou pratique culturelle spécifiques. L'intérêt relativement récent pour la prévention et le traitement de la maltraitance à l'égard des enfants est peut-être attribuable à l'évolution considérable des connaissances de la société en matière de maltraitance au cours des trois dernières décennies. Les mauvais traitements infligés aux enfants étaient rarement une préoccupation avant le milieu du 20e siècle parce que la société occidentale considérait l'utilisation de formes sévères de discipline et de punitions corporelles comme un droit et une responsabilité des parents[4]. Par conséquent, la contrainte, les punitions corporelles et la négligence ont dominé les choix de plusieurs générations en matière de méthodes disciplinaires. Heureusement, les efforts visant à contrecarrer cet état de fait et à valoriser les droits et besoins des enfants ont fait une apparition marquée à la fin du 20e siècle dans plusieurs pays développés[5], incitant ainsi les stratégies en matière de santé publique à documenter et à réduire l'incidence des mauvais traitements infligés aux enfants.

Des efforts concertés pour comprendre les causes et les conséquences de la maltraitance envers les enfants ont mené à un accroissement considérable des connaissances et des ressources, dévoilant ainsi la nature complexe du problème et ses éléments inconnus. On s'entend aujourd'hui pour dire que le contexte de la maltraitance à l'égard des enfants inclut des facteurs sociétaux, culturels et socio-économiques, ainsi que les facteurs proximaux du monde social de l'enfant — la relation parent-enfant et la famille. Pour comprendre toute l'importance de la maltraitance dans le développement de l'enfant, il suffit de reconnaître que l'incapacité des parents à être attentifs, sensibles, disponibles et positifs dans les soins qu'ils donnent à leur enfant rend chaque forme de mauvais traitements particulièrement nuisible à leur développement.

Le domaine de la violence et de la négligence envers les enfants s'est développé considérablement, créant ainsi une base de connaissances grandissante qui contribue à l'élaboration d'une approche détaillée visant l'identification, le signalement, l'intervention et la prévention de ces phénomènes. Des initiatives ont été entreprises au niveau national aux États-Unis et en

Australie, et de récents chiffres canadiens représentent un premier effort en vue d'étudier l'incidence dans ce pays, une étape cruciale dans l'élaboration d'une politique nationale[6].

L'importance de la surveillance

La surveillance nécessite la collecte, l'analyse et la diffusion systématiques de données concernant la santé et la sécurité des enfants. On peut obtenir les données de surveillance à partir de nouvelles études en population générale ou encore à partir d'études existantes, telles que les recensements et les sondages publics, ainsi que par les rapports d'organismes de recherche portant sur des questions spécifiques en matière de l'état de santé. Les données de surveillance informent les fonctionnaires des différents niveaux de gouvernement des risques potentiels et des tendances qui affectent la santé et la sécurité, et aident à développer des programmes et des initiatives en matière de prévention. Les systèmes de surveillance ont également comme but de fournir de façon régulière des données liées à la santé, à la sécurité, à certains facteurs de risque et aux stratégies d'intervention qui soutiennent la recherche, la planification en matière de santé publique ainsi que l'élaboration de programmes.

L'Étude d'incidence canadienne des cas déclarés de violence et de négligence envers les enfants (EIC) a fait la collecte systématique de données se rapportant à certaines variables clés qui font partie du cadre conceptuel, et a nécessité la participation d'organismes de protection de la jeunesse aux niveaux provincial et territorial à travers le Canada[6]. L'étude a amassé de l'information relative au signalement de quatre catégories principales de maltraitance : physique, sexuelle, émotive et négligence, et la collecte de données s'est effectuée à l'aide d'outils standardisés administrés par des travailleurs sociaux de la protection de la jeunesse.

L'EIC a plusieurs objectifs importants :

- fournir des estimations nationales de l'incidence de la violence et de la négligence à l'égard des enfants;
- surveiller et établir des données de base à propos des tendances en matière de signalement des cas d'abus et de négligence;
- améliorer la compréhension des différentes formes et de la sévérité de l'abus;
- contribuer à cibler les ressources pour les enfants à risque d'être victimes de violence; et
- accumuler de l'information en vue d'aider à élaborer des programmes et des politiques pour les enfants et les jeunes à risque.

L'information provenant de l'EIC sera utilisée afin de sensibiliser le public, informer les praticiens, renforcer la compréhension et les connaissances, identifier les domaines de recherche et établir des priorités en matière de prévention et d'intervention.

Le cadre conceptuel pour la surveillance de l'enfance maltraitée se veut être un plan à partir duquel sera élaboré un système efficace d'identification et de prévention de la maltraitance envers les enfants. Les efforts de surveillance offriront des informations cruciales sur les facteurs d'importance majeure et secondaire affectant l'incidence, les circonstances et les conséquences de la maltraitance. De même, les décisions au sujet du financement, de la prévention, de la formation et des priorités en matière de politiques sociales dépendent de cette base d'informations.

Objectif du cadre conceptuel

Ce document vise à servir de guide dans la surveillance de facteurs clés associés à l'incidence et à la prévalence de la maltraitance envers les enfants. Il identifie des facteurs de surveillance importants à chaque niveau de la santé de la population : individuel

(incluant adultes et enfants), familial, communautaire et sociétal. Ces facteurs sont décrits et organisés à l'intérieur d'un cadre conceptuel basé sur la santé de la population, traitant de la relation entre les principaux déterminants de la santé et la maltraitance envers les enfants. Une analyse de ce cadre est proposée relativement à l'importance de la surveillance pour la maltraitance envers les enfants. Cette analyse débouche sur des recommandations quant aux priorités et aux partenariats pouvant être établis afin d'amasser des données à différents niveaux.

Le cadre conceptuel pour l'élaboration d'un réseau de surveillance de l'enfance maltraitée a été développé afin de structurer et de faciliter la compréhension des principaux éléments du domaine de la maltraitance s'appliquant à une surveillance continue. Le cadre fournit le contexte théorique nécessaire à des initiatives pratiques et guide les activités de surveillance potentielles futures. Il adopte une approche centrée sur la santé publique afin d'aborder l'épidémiologie et la prévention de maladies majeures et de facteurs liés à la santé. Cette démarche a comme objectifs d'offrir une stratégie en vue du développement de politiques et de programmes et de présenter un raisonnement pouvant faciliter la prise de décisions. Les théories principales et les données sur la maltraitance à l'égard des enfants ont été examinées afin d'élaborer ce cadre conceptuel, et un résumé des éléments clés pertinents à la surveillance de la santé des enfants et à leur protection contre les mauvais traitements est présenté.

Avant d'entreprendre la description du cadre conceptuel, certaines questions théoriques propres à différentes formes de mauvais traitements sont examinées. Bien que la violence physique, l'abus sexuel, la violence émotive et la négligence partagent certains facteurs étiologiques communs et aient tendance à se chevaucher chez les familles identifiées, il existe également des différences importantes quant aux facteurs de risque connus. Par exemple, le désavantage social, la pauvreté et l'isolement sont des facteurs de risque très importants particulièrement pour la négligence. L'abus sexuel comporte ses propres facteurs de risque, qui méritent une bonne description et une surveillance attentive. Ceux-ci incluent l'accessibilité de la pornographie infantile et les méthodes utilisées par les agresseurs afin d'éviter de se faire repérer. Le cadre conceptuel identifie et intègre ces facteurs.

DÉFINITIONS DE LA MALTRAITANCE ENVERS LES ENFANTS

Dans cette section, les formes principales de maltraitance sont définies, et les préoccupations et questions non résolues sont mises en évidence. Certaines considérations géographiques, culturelles, légales et théoriques rendent difficile la définition de la maltraitance envers les enfants. Une revue des définitions actuelles de la maltraitance est présentée, selon des perspectives légales, des sciences sociales et de bien-être de l'enfance. Les définitions de la maltraitance à l'égard des enfants sont centrales au cadre conceptuel, et les efforts continus afin de surveiller les cas signalés et documentés seront utiles à l'élaboration de définitions dans le futur.

Une organisation, un gouvernement, une communauté ou un chercheur peuvent adopter différentes définitions de maltraitance envers les enfants afin de servir un objectif particulier. Les provinces et les territoires, par exemple, adoptent souvent une définition légale qui met l'accent sur les éléments de preuve dans le but de prouver ou de réfuter un acte de violence, tandis que les travailleurs sociaux de cas, dont le mandat consiste à enquêter suite à des accusations de mauvais traitements, peuvent accorder plus d'importance à d'autres critères cliniques et discrétionnaires afin d'orienter leur intervention, tels que les remords du parent, les ressources familiales et le besoin de protection de l'enfant. Par contre, les définitions sociales et psychologiques de la violence envers les enfants mettent l'accent sur les conséquences que peut avoir l'abus sur le développement de l'enfant, un objectif s'appliquant particulièrement à la recherche et à l'intervention en sciences sociales. Une discussion de la valeur relative et des lacunes de ces différentes approches afin d'arriver à des définitions pratiques est présentée ci-dessous.

Perspectives légales, des sciences sociales et de bien-être de l'enfance

Dans les années 70, de nombreux colloques nationaux et internationaux sur la violence envers les enfants et les personnes âgées et sur la violence conjugale ont mené à de nouvelles lois et initiatives à tous les niveaux de juridiction en charge de ces problèmes, autant aux États-Unis qu'au Canada. Certains de ces efforts consistaient en une extension et une révision des lois civiles et criminelles existantes, tandis que d'autres tentaient d'établir de nouvelles formes d'intervention et de services. Suite à ces efforts, des lois relatives à l'enfance maltraitée existent maintenant partout en Amérique du Nord.

Le code légal tente de définir les critères minimaux acceptables quant au soin des enfants, incluant des clauses relatives à l'intervention légale et sociale sous certaines conditions, telles que des blessures non accidentelles ou une attention médicale insuffisante. Les définitions légales considèrent que les enfants ont besoin de protection si leur vie, leur santé ou leur sécurité est mise en danger par le comportement de leur donneur de soin. Les définitions légales mettent l'accent sur la déviance et les méfaits des parents, dirigeant ainsi l'attention sur l'intention implicite de faire du tort, ou l'incapacité du parent à protéger l'enfant du mal.

Parce que plusieurs signalements de mauvais traitements concernent des blessures qui ne représentent pas une menace pour la vie (plutôt que des agressions majeures) et qui surviennent typiquement dans le contexte de la discipline, les définitions du domaine des sciences sociales ont évolué afin d'accorder une plus grande importance aux contextes individuel, familial et social où se produit la maltraitance. Cette perspective accorde une place primordiale au contexte relationnel dans lequel surviennent ces événements et où les effets sont les plus importants, telles que les conséquences

psychologiques et les répercussions dans le développement, les antécédents et les normes relatives à l'éducation des enfants. La maltraitance est souvent associée à d'autres problèmes familiaux sérieux, en particulier la toxicomanie des parents, les problèmes financiers et les circonstances stressantes de la vie, ceux-ci étant tous liés dans une certaine mesure à des conséquences négatives au plan du développement. Ainsi, la perspective des sciences sociales se base sur des définitions légales et inclut les antécédents et les conséquences de la maltraitance dans leur contexte écologique et du développement de l'enfant[7].

On classifie souvent la maltraitance à l'égard des enfants en quatre grandes catégories : la violence physique, la négligence, l'abus sexuel et la violence émotive.

La *violence physique* est l'usage intentionnel de la force sur une partie du corps de l'enfant, qui a ou qui peut avoir pour conséquence une blessure non accidentelle. Elle peut n'impliquer qu'un seul épisode où l'enfant est frappé comme une série d'incidents. La violence physique inclut également des comportements tels que secouer, étrangler, mordre, donner des coups de pieds, brûler ou empoisonner un enfant, tenir un enfant sous l'eau ou toute autre utilisation de force ou de contrainte dangereuse ou nuisible. La violence physique envers les enfants est typiquement associée aux punitions physiques, ou encore confondue avec la discipline.

La *négligence* se produit lorsque les parents ou autres donneurs de soins n'offrent pas les conditions essentielles au développement affectif, psychologique et physique de l'enfant. La négligence physique survient lorsque les besoins d'un enfant en matière de nourriture, vêtements, logement, propreté, soins médicaux et protection ne sont pas comblés. La négligence émotive survient lorsque le besoin d'un enfant de se sentir aimé, désiré, en sécurité et digne d'amour n'est pas comblé. La négligence émotive peut aller de la non-disponibilité de l'agresseur au rejet ouvert de l'enfant par celui-ci. Bien qu'un cas d'agression physique soit plus susceptible d'être porté à l'attention des autorités, la négligence peut représenter un risque tout aussi sérieux pour l'enfant.

L'*abus sexuel* se définit généralement comme une expérience sexuelle entre un enfant et un adolescent ou adulte. L'abus sexuel inclut une tentative ou le fait de caresser les parties génitales d'un enfant, les rapports sexuels, l'inceste, le viol, la sodomie, l'exhibitionnisme et l'exploitation sexuelle commerciale par la prostitution ou la production de matériel pornographique. Certaines définitions de l'abus sexuel requièrent une preuve de l'utilisation de la contrainte, de la force ou d'un abus d'autorité. Comme pour toutes formes de mauvais traitements, l'abus sexuel est également abusif au plan émotif et affecte la perception du moi, la confiance et la sécurité personnelle de l'enfant.

La *violence émotive* représente une attaque à la perception du moi de l'enfant, ainsi que des actions ou omissions des parents ou des donneurs de soins qui ont causé, ou pourraient causer, des troubles comportementaux, cognitifs, affectifs ou mentaux importants. La violence émotive peut inclure les menaces verbales et l'humiliation, ainsi que le fait d'utiliser l'enfant comme bouc émissaire, de le rabaisser et de l'injurier. D'autres exemples incluent le fait d'isoler l'enfant socialement, l'intimidation, l'exploitation et le fait de terroriser ou d'imposer des exigences déraisonnables à l'enfant de façon routinière. La violence émotive fait souvent partie d'un modèle familial de stress et de soins inadéquats et coexiste fréquemment avec d'autres formes d'abus. Certaines provinces au Canada considèrent maintenant l'exposition des enfants à la violence entre leurs parents comme une forme de violence émotive, à cause des conséquences sévères qu'une telle exposition peut avoir sur le bien-être affectif de l'enfant[8].

ÉPIDÉMIOLOGIE

Études d'incidence et de prévalence

Il existe deux façons de connaître l'ampleur du phénomène de la maltraitance envers les enfants. La première se rapporte aux taux d'*incidence*, qui correspond au nombre d'enfants signalés officiellement chaque année, et la deuxième est l'estimation de la *prévalence*, indiquant le nombre de personnes dans la population ayant été maltraitées avant d'atteindre l'âge de 18 ans (on divise ces estimations par la population totale visée, comme le nombre d'enfants ou d'adultes dans la population). Bien que les taux officiels d'incidence permettent de comparer les taux de maltraitance envers les enfants annuellement, on les a critiqués parce qu'ils représentent une sous-estimation de l'incidence réelle des mauvais traitements au niveau national (voir Questions relatives au signalement ci-dessous). L'incidence de la maltraitance peut également être estimée à partir de sondages à grande échelle au niveau communautaire ou au niveau national auprès de populations représentatives de la société en général, évitant ainsi certains des facteurs qui peuvent empêcher les enfants ou les adultes de révéler la maltraitance aux autorités. Finalement, on obtient les estimations de prévalence à vie en demandant à des adultes s'ils ont déjà été victimes de formes particulières de mauvais traitements dans l'enfance. Ces dernières études ont cependant examiné presqu'exclusivement la prévalence de l'abus sexuel.

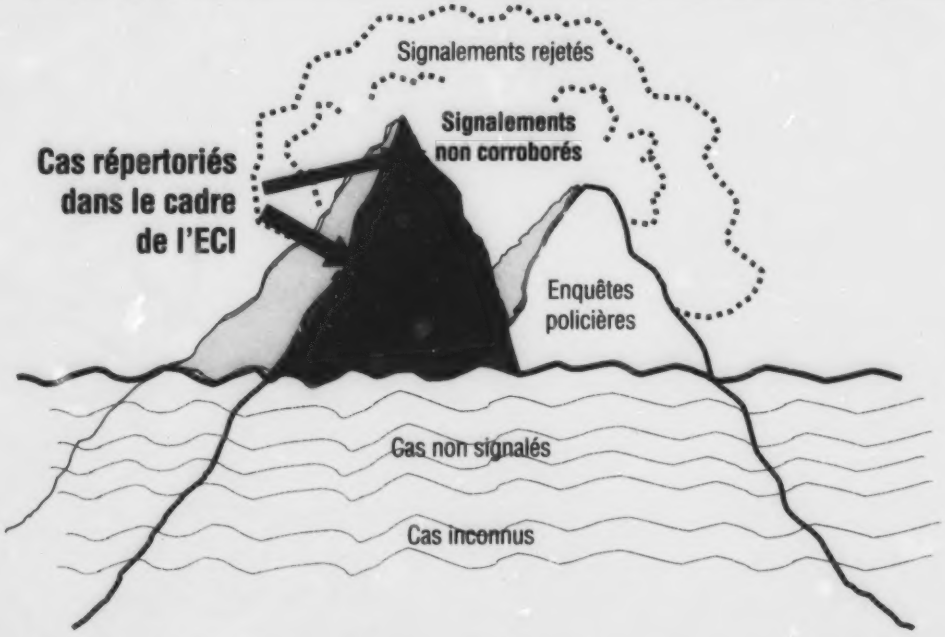
La maltraitance à l'égard des enfants est présente dans toutes les sociétés et est presque toujours un secret bien gardé où qu'elle survienne[1]. Bien qu'il soit difficile d'effectuer des comparaisons entre les pays à cause des différences de définition et de signalement des mauvais traitements, ce que l'on sait de l'incidence et de la prévalence de la maltraitance à travers le monde suggère que ces phénomènes ont des proportions épidémiques aussi bien dans les pays développés que dans les pays moins développés. Des études internationales portant sur l'abus sexuel particulièrement, ont indiqué que sa prévalence était comparable aux taux Nord-Américains, situant autour de 20 % les femmes et entre 3 % et 11 % les hommes qui rapportent avoir été victimes d'abus sexuel avant l'âge de 18 ans[9] (des estimations des taux d'abus sexuel pour les pays d'Afrique, du Moyen-Orient ou de l'Extrême-Orient ne sont pas disponibles). Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, selon une de ses publications récentes intitulée *La situation des enfants dans le monde 2002*, estime également qu'un million d'enfants à travers le monde sont forcés à la prostitution et à la pornographie. Des estimations globales similaires de mauvais traitements physiques ne sont malheureusement pas disponibles.

États-Unis

Selon le rapport d'organismes de protection de l'enfance de chaque état à la National Child Abuse and Neglect Data System en 1996, on signale que près de 3 millions d'enfants sont en danger ou victimes de violence ou de négligence chaque année aux États-Unis[10]. Par rapport au nombre d'enfants dans la population américaine, cela signifie que 43 cas ont été signalés pour chaque 1000 enfants. À la suite d'enquêtes sur ces signalements, on a confirmé qu'environ un million d'enfants avaient effectivement été victimes de maltraitance cette année-là (15/1000).

La négligence est toujours la forme de mauvais traitements la plus rapportée, affectant près de 30 enfants sur 1000 aux États-Unis et représentant 70 % de tous les cas signalés. Les violences physique, sexuelle et émotive affectent 18 enfants sur 1000, ou 43 % du total (ces pourcentages dépassent 100 % à cause du chevauchement). Plus spécifiquement, la violence physique représente 22 %, l'abus sexuel 11 % et la violence émotive 18 % des cas de mauvais traitements (ici encore, les différentes formes se chevauchent). Les signalements d'abus sexuel et les cas avec preuve à l'appui ont augmenté de façon dramatique dans les années 80, mais ces chiffres se sont depuis stabilisés[3].

Figure 1
Étendue de l'Étude d'incidence canadienne des cas déclarés de violence et de négligence envers les enfants



* Adapté de Trocmé N, McPhee D et coll. *Ontario incidence study of reported child abuse and neglect*. Toronto, ON: Institute for the Prevention of Child Abuse, 1994; Sedlak AJ, Broadhurst DD. *Executive summary of the third national incidence study of child abuse and neglect*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 1996.

Source : Trocmé N, MacLaurin B, Fallon B, Daciuk J, Billingsley D, Tourigny M, et coll. *Étude d'incidence canadienne des cas déclarés de violence et de négligence envers les enfants : rapport final*. Ottawa, Ontario : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001.

Dans le cadre de sondages préservant l'anonymat des répondants, des échantillons représentatifs de parents ont été interrogés quant au nombre de fois, pendant l'année, où ils avaient eu recours à différentes pratiques éducatives, telles que de frapper un enfant avec un objet. Ces sondages ont mené à des estimations plus élevées du nombre d'enfants à risque de subir des mauvais traitements chaque année que celles contenues dans les rapports officiels. Par exemple, à partir d'enquêtes téléphoniques réalisées auprès de plus de 3500 familles américaines, 10,7 % des parents ont admis avoir utilisé certaines méthodes constituant des «actes de violence sévère» dans le passé afin de maîtriser leur enfant, tels que de le frapper avec un objet, le pousser ou l'ébouillanter[11] Ces estimations provenant de la population générale placent le taux d'incidence de la violence physique à un taux cinq fois plus élevé que les taux de violence physique, sexuelle et émotive confondus obtenus dans la U.S. National Incidence Study (NIS) of Child Abuse and Neglect.

Canada et Australie

Le Supplément sur l'Enquête sur la santé en Ontario fournit des estimations de prévalence des mauvais traitements sur une période d'une vie, obtenus à partir d'enquêtes auprès d'adultes, leur demandant s'ils avaient déjà été victimes de formes particulières de mauvais traitements durant leur enfance. Cette étude a été réalisée à partir de sondages auprès de 10 000 résidents de l'Ontario provenant de la population générale, où l'on posait à des personnes âgées de 15 ans ou plus des questions relatives à la santé, incluant la violence physique et sexuelle durant l'enfance[12]. Les hommes rapportaient plus souvent avoir été victimes de violence physique (31,2 %) que les femmes (22,1 %), tandis que

l'abus sexuel durant l'enfance semblait plus répandu chez les femmes (12,8 %) que chez les hommes (4,3 %).

Une comparaison des taux d'incidence de cas signalés de maltraitance envers les enfants aux États-Unis, en Australie et en Ontario indique comment le contexte social général peut avoir une influence sur les estimations d'incidence. Les estimations canadiennes, obtenues dans la province de l'Ontario[13], suggèrent que le taux total de cas signalés aux États-Unis est environ deux fois plus élevé qu'au Canada (43/1000 contre 21/1000). Des différences similaires (16/1000) sont rapportées en Australie[14]. Les taux de signalement de la négligence, plus élevés aux États-Unis, sont en grande partie responsables des différences entre des pays autrement similaires. Ceci reflète le taux plus élevé de pauvreté aux États-Unis et l'accès plus limité aux services sociaux, médicaux et scolaires pour plusieurs familles américaines[14,15]. Cependant, les estimations américaines incluent les rapports provenant de sentinelles ainsi que ceux des organismes de protection de la jeunesse, ce qui peut également expliquer la différence entre les taux de signalements aux États-Unis par rapport à d'autres pays tels le Canada et l'Australie.

Questions relatives au signalement

Parce que les taux d'incidence se basent généralement sur les cas *signalés* de mauvais traitements, les chercheurs ont tenté d'estimer le nombre de cas non signalés par les personnes ayant la responsabilité de le faire. En se basant sur les conclusions de plusieurs études portant sur l'identification et le signalement de la maltraitance à l'égard des enfants, Loo et al. ont estimé la *probabilité de signalement* parmi différents groupes de professionnels, dans différents milieux, à 56 % en moyenne, ce qui correspond à un taux de non-signalement de 44 %[8].

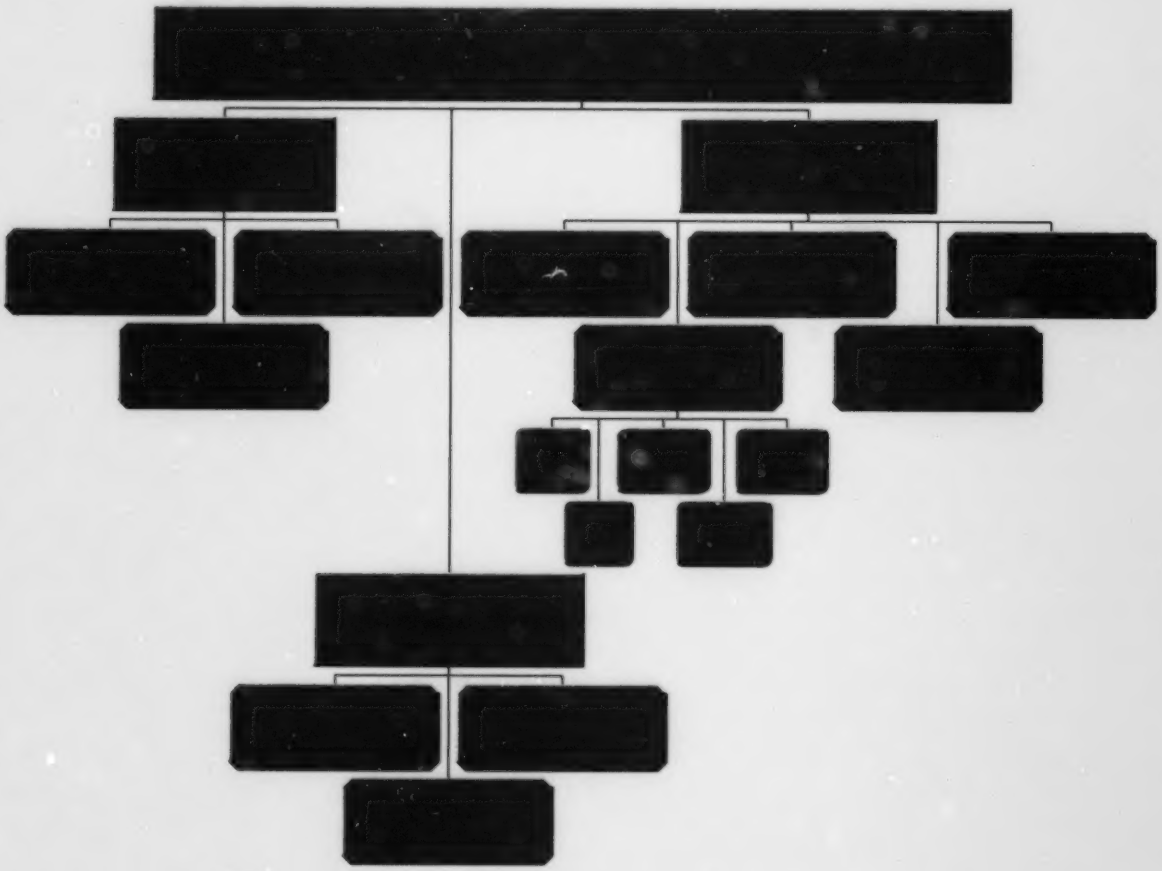
Les raisons expliquant le non-signalement de cas soupçonnés de mauvais traitements sont nombreuses, bien que les différences concernant la formation constituent un dénominateur commun (formation médicale contre formation en travail social ou en psychologie, par exemple). Bien que la majorité des professionnels de la santé rapportent leurs soupçons sans hésiter, certains peuvent être moins enclins à le faire à cause de leur expérience avec le système ou parce qu'ils croient pouvoir trouver de meilleures solutions pour l'enfant[9]. Le point de vue des professionnels quant aux punitions corporelles est une raison bien documentée expliquant le non-signalement : l'opinion d'une personne au sujet de la discipline physique peut avoir une influence sur sa décision de rapporter ses soupçons concernant un cas de maltraitance. De plus, la sévérité des blessures a une influence sur la décision du médecin de rapporter ou non les mauvais traitements. En effet, les blessures les plus visibles et les plus sévères sont associées à une probabilité plus élevée d'être signalées.

Par ailleurs, on a établi une association entre le point de vue des professionnels quant à l'efficacité des services de protection de l'enfance (SPE) et le signalement des mauvais traitements envers les enfants. Certains professionnels hésitent à référer les cas de maltraitance envers les enfants qui ne comportent pas de blessures physiques sérieuses, parce qu'ils ont déjà pu constater que de tels cas sont souvent rejetés par les SPE. Par conséquent, certaines personnes ayant la responsabilité de signaler les mauvais traitements sont déçues de ce qu'elles perçoivent comme un manque de sensibilité des SPE envers les cas d'abus sérieux ou potentiellement sérieux, et évitent le système lors de certaines situations plus ambiguës. Ce dilemme a pour conséquence non seulement un taux d'incidence plus bas des cas signalés de mauvais traitements, mais représente également un obstacle aux services de prévention et d'intervention.

Données démographiques et situationnelles

Les données d'études épidémiologiques portant sur la nature et les circonstances de la maltraitance à

Figure 2
Données démographiques et situationnelles



l'égard des enfants sont cruciales pour une surveillance continue ainsi que pour la planification des politiques et de la prévention. Des données générales concernant la distribution de l'âge et du sexe des enfants victimes et des adultes agresseurs sont disponibles, et ces distributions sont demeurées relativement stables à travers les trois études NIS aux États-Unis. Les données portant sur les circonstances et les conséquences des mauvais traitements infligés aux enfants sont amassées de façon moins systématique, mais ont néanmoins une importance considérable pour la surveillance. Elles incluent les antécédents de la maltraitance, tels que le comportement de l'enfant, les troubles ou l'inadaptation de l'adulte, la sévérité, la nature et la durée des cas signalés de mauvais traitements, et incluent également les circonstances entourant les événements, telles que les méthodes utilisées afin d'éviter le dévoilement des mauvais traitements, l'utilisation de la force et d'autres facteurs similaires présentés ci-dessous.

Enfants

Âge, sexe et groupe ethnique. Les études NIS ont établi que l'âge et le sexe des enfants étaient associés au risque de subir des mauvais traitements, mais que l'appartenance ethnique ne l'était pas[3]. Les enfants trottineurs et d'âge préscolaire ainsi que les jeunes adolescents et adolescentes sont les plus souvent victimes de violence physique et émotive. Ces périodes de

développement correspondent d'ailleurs à l'émergence d'une plus grande indépendance et d'un plus grand nombre de conflits parent-enfant. La négligence est plus souvent rapportée lorsque les enfants sont très jeunes (enfants en bas âge et trottineurs), et l'incidence diminue avec l'âge. L'abus sexuel, au contraire, est relativement constant à partir de l'âge de 3 ans, ce qui démontre bien la vulnérabilité des enfants dès le début de l'âge préscolaire et pendant toute l'enfance[3]. Bien que la violence physique affecte une assez grande proportion de personnes de tous les groupes d'âge, le taux de *blessures* physiques le plus élevé se retrouve chez les enfants plus âgés (12-17 ans), probablement à cause de l'augmentation des conflits parent-adolescent.

Il existe peu de différences significatives entre les sexes au niveau des taux de mauvais traitements, à l'exception de l'abus sexuel. Bien que les filles aient une probabilité plus élevée que les garçons d'être victimes d'une forme quelconque d'abus, cette différence est essentiellement due au fait qu'environ 70 % des victimes d'abus sexuel sont de sexe féminin[16]. De plus, les dynamiques de l'abus sexuel sont très différentes pour les garçons et les filles. Bien que les garçons comme les filles soient plus souvent agressés sexuellement par une personne qu'ils connaissent et en qui ils ont confiance, les garçons sont plus à risque d'être agressés par un homme ne faisant pas partie de leur famille, tandis que les filles sont plus souvent victimes d'abus sexuel commis par un homme de leur famille[18]. Ces résultats suggèrent que les modèles de vulnérabilité sont différents selon les sexes, ce qui a des répercussions au plan de la surveillance.

Agresseurs adultes et juvéniles

Sexe de l'agresseur et relation avec l'enfant

Dans environ 80 % des cas, l'agresseur adulte est le parent biologique de l'enfant. Cependant, il existe des exceptions et des différences importantes entre les sexes selon les formes de mauvais traitements. Près de la moitié des enfants victimes d'abus sexuel sont agressés par des personnes autres que leurs parents ou que celles agissant à titre de parents, alors que pour d'autres catégories de mauvais traitements, ces personnes ne représentent qu'une petite fraction. La négligence est surtout commise — dans environ 90 % des cas — par la mère, ce qui reflète la réalité selon laquelle les mères ou les personnes agissant à titre de mères aient tendance à être les donneuses de soins primaires et chefs de familles monoparentales. L'abus sexuel, par contre, est perpétré plus souvent — dans environ 90 % des cas — par des personnes de sexe masculin, dont environ la moitié d'entre eux sont le père de l'enfant ou la personne ayant le rôle de père pour l'enfant. Les hommes sont également l'agresseur dans la majorité des cas de violence émotive (63 %) et de violence physique (58 %)[3].

Bien que la grande majorité des agresseurs sexuels d'enfants soient de sexe masculin[18], l'implication des mères peut aller de la participation active et de l'encouragement (ce qui est très rare), à la négation de l'abus et la prise du parti de l'agresseur (dans une minorité des cas), ou au soutien du dévoilement par l'enfant et à la conclusion de sa relation avec le conjoint, bien que cela soit parfois accompli de façon ambivalente et défensive[19].

Dossiers antérieurs

Les rapports de police et des organismes de protection de la jeunesse portant sur le comportement des agresseurs font également partie de la surveillance des facteurs démographiques et situationnels associés à la maltraitance envers les enfants. Des méthodes standardisées devraient être mises en oeuvre dans toutes les provinces afin de s'assurer de l'exactitude des informations enregistrées à propos des crimes passés et des mesures ayant été prises. Comme les casiers judiciaires, l'information devrait inclure des détails sur la nature des infractions, les caractéristiques de l'agresseur et de la victime ainsi que d'autres détails liés à des allégations et à des enquêtes antérieures.

Circonstances et conséquences

Comportement de l'enfant

La violence physique survient le plus souvent lors d'épisodes difficiles, mais relativement communs, liés au comportement de l'enfant. Une étude de 825 cas officiels de violence physique a révélé que l'abus est le plus souvent associé aux comportements d'opposition de l'enfant, tels que le refus, les bagarres et les disputes, les événements accidentels, les comportements immoraux, dangereux ou sexuels de l'enfant ainsi que les inconvénients causés par l'enfant[20]. Fait peu surprenant, le comportement difficile de l'enfant — lorsqu'il pleure, par exemple — peut provoquer la colère ou une tension chez certains adultes, ce qui favorise une réaction agressive.

Inadaptation de l'adulte

Cette même étude a également révélé que les circonstances précédant les cas de négligence sont caractérisées par une inadaptation chronique de l'adulte, plutôt que par le comportement de l'enfant, tel que le refus de subvenir aux besoins de la famille, la surveillance insuffisante de l'enfant par l'adulte, le manque de connaissances du parent, l'utilisation incorrecte des services médicaux, un foyer non sécuritaire et le comportement dangereux de l'enfant.

Méthodes pour réduire la résistance de l'enfant

Les agresseurs sexuels, tout particulièrement, développent des techniques complexes afin de se rapprocher de l'enfant et de le rendre obéissant. Ils peuvent tenter d'établir une amitié, jouer, donner des cadeaux, avoir des passe-temps ou des intérêts qui attirent l'enfant ainsi qu'utiliser la pression par les pairs. Les agresseurs sexuels utilisent rarement la violence ou la force pour que l'enfant leur obéisse. Ils concentrent plutôt leur attention sur les besoins de l'enfant afin de gagner son affection, son intérêt et sa loyauté et également afin de diminuer la probabilité que l'enfant révèle les activités sexuelles. Une telle infraction représente un abus de confiance. Le comportement sexuel survient après une période de «préparation» qui consiste en un endoctrinement graduel à l'activité sexuelle[21]. Les efforts d'un agresseur en vue d'établir une relation avec leur victime, tels que passer du temps seul avec l'enfant ou le jeune, lui accordant une attention particulière afin qu'il se sente spécial, peuvent également diminuer les inhibitions internes en déformant leur rôle et en obscurcissant les limites interpersonnelles.

Facteurs liés à l'abus

La maltraitance envers les enfants a aussi une importance psychologique considérable parce qu'elle survient dans le contexte de relations devant offrir protection, soutien et attention. Parce que les enfants dépendent des personnes qui les maltraitent, ils sont confrontés à un dilemme paradoxal : ils désirent que l'abus cesse, mais ils souhaitent également préserver leur famille. Ainsi, la nature de la maltraitance à l'égard des enfants nécessite un réseau de surveillance qui soit sensible aux dynamiques positives et négatives de la relation adulte-enfant, incluant le contexte familial. Il a été démontré de façon empirique que certains facteurs sont associés à une plus grande détresse de l'enfant. Ces facteurs incluent la sévérité, la nature et la durée des mauvais traitements, l'expérience de nombreux types de mauvais traitements, les agresseurs multiples, l'utilisation de la force ainsi qu'une relation plus intime avec l'agresseur[22,23].

Conséquences légales

Les poursuites judiciaires, les condamnations, l'orientation vers un traitement et d'autres données similaires suivant le dévoilement ou le signalement des mauvais traitements sont des aspects du réseau de surveillance qui sont liés aux circonstances et aux conséquences de la maltraitance.

CONTRIBUTIONS THÉORIQUES

Afin de comprendre les nombreuses causes et effets de la maltraitance à l'égard des enfants, il est nécessaire de placer l'expérience de l'enfant dans le contexte de son développement et dans son contexte familial. Cette mise en contexte inclut la perception qu'ont les enfants du climat émotionnel qui règne dans leur famille, l'interprétation qu'ils font de la violence et des actes d'abus qui leur sont infligés par une personne qu'ils aiment, leur capacité d'adaptation ainsi que les ressources dont ils disposent afin de compenser le manque de soins et le stress qui en résulte. Les enfants victimes de mauvais traitements ont grandi dans un environnement familial incohérent et désorganisé qui ne leur a pas offert les stimulations et les conditions nécessaires à un développement équilibré. En effet, bien que l'expérience de chaque enfant victime soit différente sur plusieurs plans, leur environnement comporte également des caractéristiques communes. Par ailleurs, les théories supposent souvent que l'abus entrave le développement de l'enfant de façon envahissante et nuisible. Par conséquent, les indices de perturbation dans le développement de l'enfant et les résultats d'études portant sur les conséquences de différentes formes de mauvais traitements devraient révéler des dimensions similaires.

Différentes perspectives théoriques et données de recherche sont présentées ci-dessous relativement à deux questions importantes pour la construction d'un cadre conceptuel détaillé sous-jacent à la surveillance de l'enfance maltraitée. Les **causes de la maltraitance** font référence aux différentes théories et résultats de recherche liés aux facteurs individuels, familiaux, communautaires et sociétaux ayant une influence sur l'incidence, la prévalence et la progression des mauvais traitements. Les **conséquences de la maltraitance** englobent les effets immédiats et à long terme de diverses formes de mauvais traitements sur le développement, effets définis sur la base de théories et résultats dérivés d'études réalisées à différentes étapes de la vie. Elles incluent également les conséquences, connues ou présumées, de l'abus sur la famille, la communauté et la société. Ces perspectives théoriques constituent le fondement à partir duquel sera élaboré un cadre conceptuel pour la surveillance de l'enfance maltraitée.

Causes de la maltraitance

Le comportement de maltraitance à l'égard des enfants doit être compris dans son contexte unique, incluant les antécédents, les normes actuelles d'éducation des enfants qui tolèrent un certain niveau de violence entre les membres de la famille ainsi que les facteurs de risque individuels. Il n'existe pas de théorie qui intègre entièrement les différentes perspectives et résultats représentés par la recherche actuelle sur la maltraitance à l'égard des enfants. Les perspectives théoriques ayant initialement guidé l'étude des causes et effets des mauvais traitements ne peuvent rendre compte des influences dynamiques et interactives liées au développement, au contexte et au système.

En dépit du rôle crucial de l'agresseur, la maltraitance à l'égard des enfants a rarement pour cause un seul facteur. Différents facteurs de risque sont généralement présents, mais ceux-ci se retrouvent également dans plusieurs familles vivant sous tension sans pour autant que les enfants y subissent des mauvais traitements. Ces conditions causales proviennent en grande partie de l'interaction entre les influences individuelles, familiales et culturelles.

Les théories portant sur les facteurs individuels, familiaux, communautaires et socio-culturels influençant la maltraitance à l'égard des enfants sont discutées, en ce qui a trait aux caractéristiques de l'agresseur et au contexte de la violence. Ces théories et explications de la maltraitance à l'égard des enfants mettent l'accent sur la sélection de variables qui seront par la suite incluses dans le cadre conceptuel.

Caractéristiques de l'agresseur

La négligence et la violence physique et émotive

Les premières études portant sur les parents présentant des comportements de violence physique envers leurs enfants ont ouvert la voie au point de vue théorique voulant qu'une telle conduite soit le symptôme d'une maladie mentale ou de prédispositions biologiques augmentant la tendance d'une personne à avoir des comportements violents ou impulsifs. Ce point de vue a été appuyé par l'observation des traits comportementaux dominants des parents abusifs, tels que des comportements agressifs chroniques se manifestant dans différentes situations, l'isolement social, un style interpersonnel rigide et autoritaire, l'impulsivité et la violence conjugale. Ces parents ont été décrits comme étant immatures sur le plan affectif, ayant peu de tolérance à la frustration, de la difficulté à exprimer leur colère de façon adéquate, des attentes élevées envers leurs enfants (et peu d'égards envers leurs besoins et habiletés) et des problèmes profondément enracinés d'estime de soi ou d'adaptation de la personnalité résultant de problèmes dans leur famille d'origine[24]. Par contre, on décrit les parents négligents comme souffrant de troubles de la personnalité, possédant une connaissance insuffisante du développement de l'enfant et des stimulations qui lui sont nécessaires, démontrant un isolement social chronique et s'identifiant à une sous-culture déviante, liée par exemple à la drogue, à l'alcool ou au crime[25].

Cette première approche descriptive des parents maltraitants fut associée à la perspective psychopathologique ou psychiatrique. Celle-ci tentait de comprendre les caractéristiques individuelles liées à l'expérience passée et aux demandes actuelles, le parent, plutôt que tout autre facteur, étant considéré comme cause principale de la violence. Cependant, les efforts en recherche visant à distinguer les parents maltraitants des parents non maltraitants à partir des dimensions de base de la personnalité n'ont pas pu démontrer qu'une forme identifiable de psychopathologie ou un trouble de la personnalité caractérisait les premiers et non les seconds[26,27]. Une revue des études comparant des groupes équivalents de parents maltraitants et non maltraitants a été entreprise afin de déterminer si des caractéristiques permettaient de distinguer ces populations. Peu d'études ont réussi à établir une distinction entre agresseurs et non-agresseurs sur la base de mesures traditionnelles de troubles de la personnalité ou de psychopathologies. On a cependant noté que les parents abusifs rapportaient plus de symptômes liés au stress, tels que l'irritation, l'insatisfaction et des problèmes de santé, ayant trait au rôle parental[28].

Des études empiriques impliquant des groupes contrôles de parents non maltraitants se sont attardées au comportement des membres de la famille, à l'autoévaluation par les parents de la perception qu'ils ont de leurs enfants, aux symptômes physiques et émotionnels pouvant nuire à leur aptitude à remplir leur rôle parental et à la réactivité émotionnelle aux situations stressantes liées à l'éducation des enfants. D'autres études ont confirmé les différences cognitives et comportementales, déjà rapportées par des études cliniques, ayant trait à certaines caractéristiques psychologiques telles une intolérance à la frustration et l'expression inadéquate de la colère, l'isolement social limitant les sources de soutien, des aptitudes parentales déficientes, des attentes irréalistes envers les enfants, une évaluation exagérée par les parents du stress causé par le comportement de leurs enfants et leur perception d'être incompétents ou inadéquats dans leur rôle parental[29]. Ces résultats ont mené à une plus grande conscience des facteurs contextuels pouvant entraîner dans la maltraitance un individu ou une famille déjà susceptible de maltraiter. Il est aussi devenu clair qu'il fallait considérer les caractéristiques psychologiques des parents abusifs en lien avec leur rôle parental, en plus du contexte familial et social.

Les processus psychologiques, tels que les mécanismes d'adaptation ou les styles attributionnels, constituent également des facteurs importants dans la compréhension de l'abus et de la négligence. La maltraitance à l'égard des enfants est un phénomène

relationnel et dépend, dans une certaine mesure, de facteurs situationnels qui provoquent la réaction des parents. Les parents maltraitants partagent plusieurs caractéristiques psychologiques et situationnelles, mais ces caractéristiques ne permettent pas d'établir une distinction entre ces derniers et les parents non maltraitants provenant de groupes équivalents sur le plan socio-démographique[28]. Par exemple, ils ont souvent été peu exposés à des modèles parentaux positifs et ont eu peu de soutien de la part de leurs parents, leurs antécédents familiaux étant souvent marqués par la violence, l'alcoolisme et des circonstances difficiles. Devenus adultes, ils trouvent la vie quotidienne stressante et irritante et préfèrent éviter les sources potentielles de soutien, le maintien de telles relations requérant trop d'énergie.

Des progrès en recherche et en pratique ont commencé à démontrer que plusieurs incidents de violence physique envers les enfants n'étaient pas nécessairement commis de façon malicieuse ou intentionnelle. De tels incidents semblaient plutôt se produire au sein de familles disposant de ressources limitées et dont les parents manquaient d'habiletés pour gérer la discipline quotidienne ainsi que le stress lié à l'éducation des enfants. Les spécialistes des sciences sociales ont donc accordé une importance particulière aux processus psychologiques impliquant les interactions entre les facteurs individuels, familiaux et sociétaux susceptibles d'aider à expliquer pourquoi certains parents deviennent abusifs ou négligents alors que d'autres ne le deviennent pas.

L'abus sexuel

En se basant sur les théories et études empiriques existantes, Finkelhor a décrit les conditions individuelles et situationnelles influençant l'abus sexuel[28]. Il a proposé quatre caractéristiques de l'agresseur constituant des conditions nécessaires à l'abus sexuel : 1) une motivation à abuser sexuellement, 2) surmonter les inhibitions internes, 3) surmonter les inhibitions externes et 4) vaincre la résistance de l'enfant. Les deux premières conditions sont essentielles pour que l'abus se produise : l'agresseur doit être motivé à abuser sexuellement et doit également avoir surmonté ses inhibitions à ce sujet. Ce dernier point appuie la notion de la responsabilité de l'agresseur face à l'abus.

La motivation à abuser sexuellement un enfant provient de l'excitation sexuelle de l'agresseur face aux enfants, du blocage d'exutoires appropriés à la gratification sexuelle et de la sexualisation des besoins émotionnels insatisfaits (tels que le besoin de pouvoir et de contrôle, l'identification narcissique au moi d'un enfant et la réactivation inconsciente de traumatismes vécus dans l'enfance). Ces besoins individuels peuvent être entretenus par des pratiques au sein de la société, telles que la représentation érotique des enfants dans la publicité et la pornographie.

La seconde condition précise que l'agresseur doit surmonter sa résistance personnelle à abuser sexuellement un enfant. L'impulsivité, une intelligence limitée, la psychose et la sénilité, le manque d'empathie pour l'enfant et l'usage abusif d'alcool sont des exemples de caractéristiques de l'agresseur contribuant à réduire ses inhibitions. Des facteurs au niveau de la société peuvent également diminuer la résistance individuelle à un tel délit, tels que des sanctions criminelles dissuasives peu sévères contre l'agresseur, l'acceptation de l'alcool comme motif du comportement et la croyance culturelle voulant que les affaires de la famille soient privées et laissées à la discrétion des parents. Les efforts de l'agresseur en vue d'établir une relation avec l'enfant, tels que le temps passé seul avec lui à lui faire sentir qu'il est préféré, peuvent aussi contribuer à réduire les inhibitions internes en modifiant le rôle de donneur de soins et en brouillant les limites interpersonnelles. Ainsi, un agresseur peut sentir qu'il possède droits et privilèges sur l'enfant et peut en venir à déformer son rôle parental pour y inclure l'éducation sexuelle ou l'inversion des rôles.

La troisième condition prend en considération le besoin de surmonter les obstacles extérieurs à l'abus sexuel. Les facteurs accroissant la vulnérabilité d'un enfant à être victime d'abus incluent l'absence, la

maladie ou l'occupation excessive d'un parent, la violence conjugale, la distance affective entre le parent et l'enfant et l'absence de protection de l'enfant par le parent; le manque de supervision et de contrôle de l'enfant; des occasions d'être seul avec l'enfant (telles que des conditions inhabituelles d'organisation des chambres ou du coucher, la garde d'enfants, l'absence de surveillance de l'enfant); l'insatisfaction au sein du couple; une situation socio-économique difficile; et l'isolement social[29]. D'autres variables ont plutôt trait à la société et peuvent inclure l'érosion des réseaux sociaux, le manque de soutien social à la mère et des obstacles aux droits des femmes et des enfants.

Finalement, la quatrième condition énoncée par Finkelhor désigne la capacité de l'agresseur à vaincre la résistance de l'enfant. Ici, l'illusion d'une relation de confiance est un facteur important dans des situations où l'agresseur a la responsabilité de prendre soin de l'enfant, comme c'est le cas d'un parent biologique ou un beau-parent, entraîneur, gardien d'enfants, leader religieux et ainsi de suite. Certains facteurs, tels que la vulnérabilité affective d'un enfant (un enfant souffrant de carence émotive ou physique, un enfant obéissant ou silencieux, par exemple), l'utilisation de la contrainte ou de la séduction, le fait pour l'enfant d'être témoin de conflits entre ses parents, le manque d'éducation face à l'abus sexuel ainsi que l'impuissance sociale des enfants, entravent la possibilité pour l'enfant de refuser les tentatives d'abus. Les enfants peuvent réagir en réponse à un besoin d'affection, à un désir d'obtenir de l'argent/des cadeaux, à la poursuite d'une aventure ou à la stimulation sexuelle. Les méthodes utilisées par l'agresseur afin de diminuer la résistance de l'enfant incluent l'amitié, les jeux, les récompenses, les passe-temps qui intéressent l'enfant et la pression par les pairs. Si les méthodes subtiles s'avèrent infructueuses, la contrainte et la violence peuvent être utilisées, souvent de façon trompeuse, en présentant l'abus comme une forme de «discipline».

Le contexte dans lequel survient la maltraitance

Les pratiques éducatives sont influencées par une multitude de facteurs culturels et situationnels qui déterminent le niveau de conflit ou de coopération présent dans la relation parent-enfant qui se développe. Selon l'optique de socialisation, la maltraitance à l'égard des enfants n'est pas un phénomène social isolé ou un problème psychologique dont souffre le parent, mais bien un produit de la socialisation sanctionnant l'utilisation de la violence et des méthodes d'affirmation du pouvoir avec les membres de la famille[29]. Les pratiques de socialisation sont constituées de normes communautaires et sociétales spécifiant les méthodes éducatives acceptables ou tolérables, et sont formées par les attentes actuelles et passées quant aux normes minimales caractérisant l'environnement où l'enfant grandit. Plusieurs de ces attentes sont transmises de génération en génération, alors que les influences extérieures ou celles provenant de l'éducation sont minimes. Afin de comprendre la façon dont certaines familles adoptent des modèles de socialisation abusifs, une discussion des influences culturelles, communautaires et familiales sur les pratiques éducatives est présentée.

Le contexte de la maltraitance envers les enfants est marqué par une carence sociale et économique, ceci pouvant constituer la force transformant des individus prédisposés et susceptibles de maltraiter en parents maltraitants[30]. À mesure que la structure sociale dans laquelle vit un parent devient difficile à maîtriser et à manoeuvrer (ou est *perçue* comme telle), l'adulte utilise davantage des méthodes abusives, ou peut faire preuve de négligence en tentant de se retirer de la situation, dans un effort visant à contrôler les situations quotidiennes irritantes perçues comme cause du stress.

Cette tendance à élargir les causes des mauvais traitements à des facteurs contextuels plutôt qu'uniquement individuels est en partie attribuable à la réalisation d'études nationales documentant le rôle de la pauvreté et des milieux familiaux défavorisés sur la prévalence des mauvais traitements[31]. De même, les

résultats concernant l'isolement social et le stress chronique que vivent les familles à risque ont permis de conclure que l'isolement, privant le parent d'un système de soutien, est une condition nécessaire mais non suffisante à la maltraitance à l'égard des enfants[32]. La maltraitance a été clairement associée à l'inégalité économique, puisqu'elle est rapportée plus souvent dans des familles défavorisées aux niveaux économique et social[33]. Au même moment, les États-Unis ont commencé à recueillir des données nationales sur les caractéristiques socio-démographiques des familles maltraitantes telles que rapportées à des organismes de protection de l'enfance. Ces études ont révélé que, en comparaison de familles américaines ayant également des enfants, les enfants maltraités provenaient deux fois plus souvent de familles monoparentales dont la mère était chef de famille; qu'ils avaient une probabilité quatre fois plus élevée d'être bénéficiaires de l'assistance publique; et qu'ils étaient davantage touchés par des facteurs de stress tels que des problèmes de santé, l'abus d'alcool et la violence conjugale[34].

Ce point de vue écologique a amené une modification et une extension de la définition des causes soupçonnées de la maltraitance. Plutôt que de faire une distinction entre les parents abusifs et non abusifs (ou négligents) sur la base de caractéristiques psychologiques, cette approche a amené l'idée selon laquelle la violence envers les enfants est davantage fonction de la situation que de la personnalité de l'individu. La maltraitance à l'égard des enfants n'est donc plus perçue comme un phénomène social isolé ou un trouble de la personnalité, mais bien comme le symptôme d'une société qui tolère l'utilisation de la violence au sein de la famille dans certaines circonstances, qui ne met pas suffisamment de services à la disposition de la population, ne réussit pas à combler les besoins de tous les membres de la famille et préfère définir les mauvais traitements en des termes relatifs plutôt qu'absolus. Les pratiques éducatives inadéquates et abusives sont donc considérées non seulement en relation à des facteurs individuels, mais également en fonction de forces culturelles et sociales qui fixent les paramètres du comportement individuel[35].

Le contexte dans lequel la maltraitance survient est en partie composé d'interactions entre le parent et l'enfant qui ont lieu à l'intérieur d'un système leur offrant rarement d'autres solutions (comme l'exposition à des modèles parentaux adéquats et l'accès à l'éducation et au soutien) ou des contraintes bien définies (lois, sanctions et conséquences punissant l'utilisation excessive de la force pour résoudre les problèmes quotidiens liés à l'éducation des enfants). Si les parents n'ont pas la capacité ou ne disposent pas de ressources suffisantes pour s'adapter de façon adéquate, le risque de résoudre les problèmes quotidiens et les contrariétés de façon inadéquate augmente. Plusieurs adultes qui sont parents pour la première fois admettent que les exigences liées au rôle parental sont parfois accablantes et inattendues. Pourtant, l'immense majorité d'entre eux ne deviennent pas abusifs ou négligents, car ils disposent de facteurs leur permettant de compenser. Cependant, l'incapacité à répondre aux exigences liées à leur rôle dès les premiers temps, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du contexte familial, contribue à augmenter la tension présente dans la relation parent-enfant et accroît ainsi le risque de mauvais traitements.

Ces premiers jalons de comportements peuvent progresser vers un second stade, où l'incapacité du parent à répondre efficacement aux demandes liées à l'éducation des enfants accroît son trouble affectif et renforce sa conviction que l'enfant est la cause de son stress. Parce qu'ils ne connaissent pas de méthodes plus constructives, et parce que l'utilisation de la force semble fonctionner à court terme (c'est-à-dire que la mauvaise conduite de l'enfant cesse, ou le parent se soulage de sa tension ou de sa colère), les parents apprennent à se servir de la contrainte, des menaces ou de l'évitement en réponse aux facteurs de stress liés au comportement de l'enfant. Leurs enfants apprennent également à être plus exigeants, parfois même contraignants dans leurs interactions avec leurs parents, car

c'est un comportement qu'ils ont appris dès leur très jeune âge. À ce moment, la quantité et l'intensité des incidents difficiles à maîtriser peuvent sembler accablantes au parent, qui peut exprimer une forte colère, une frustration ou une résignation le plus souvent dirigée vers l'enfant ou le ou la conjointe.

À mesure que les semaines ou les années passent, les parents deviennent convaincus que les punitions excessives et la force, ou l'évitement et la fuite, sont absolument nécessaires pour maîtriser le comportement de l'enfant. Ils en viennent à croire que s'ils relâchent leur surveillance, l'enfant détruira ce qui leur reste et prendra le contrôle de la maisonnée. De même, dans les cas de négligence, les parents peuvent tenter d'éviter les contacts avec l'enfant afin d'échapper au stress et à l'exaspération. Une telle situation peut aggraver les problèmes de comportement de l'enfant, amplifiant ainsi la frustration des parents et la sévérité de leurs tentatives de maîtriser l'enfant. Les parents se retrouvent ainsi pris dans ce cercle vicieux et utilisent la contrainte ou l'évitement en réponse à la tension et à l'irritation, ce qui fonctionne au début mais devient de moins en moins efficace avec le temps[25].

Conséquences de la maltraitance

Cette section aborde les processus de développement influencés par la maltraitance et les relie aux différentes conséquences négatives. Les perturbations engendrées par la maltraitance touchent les points fondamentaux du développement de l'enfant, parfois de façon similaire pour diverses formes de mauvais traitements, mais parfois aussi de façon distincte. Ces perturbations incluent une difficulté pour les enfants maltraités à former des relations (telles que l'attachement à un donneur de soin et à d'autres personnes), des problèmes de régulation des émotions (ce qui affecte l'humeur et les troubles du comportement), un manque de sensibilité au niveau des interactions sociales, une difficulté à se faire accepter par les pairs ainsi que des déficits cognitifs et scolaires. Les enfants maltraités souffrent également de problèmes et de troubles chroniques qui nécessitent souvent l'attention d'éducateurs et de professionnels de la santé.

Le développement des enfants progresse de façon normalement organisée et adaptée, selon des processus génétiques spécifiques à l'espèce ayant évolué au cours des générations. Cependant, les facteurs environnementaux peuvent favoriser ou nuire à ces modèles de développement établis, et le développement d'un individu peut ainsi prendre un cours inhabituel et imprévisible. La maltraitance à l'égard des enfants en est un exemple. Les différentes actions ou inactions qui caractérisent les différentes formes de mauvais traitements envers les enfants perturbent le cours normal de son développement et celui-ci devient ainsi moins prévisible et adaptatif.

Les enfants ont heureusement une capacité remarquable à s'adapter aux situations positives comme négatives, et certains peuvent résister aux effets négatifs engendrés par la maltraitance ou peuvent s'en remettre, si on leur procure l'occasion et la protection nécessaires[36]. L'adaptation est un processus de développement dynamique et toujours en mouvement qui peut changer, particulièrement lorsque les circonstances sont difficiles ou inhabituelles. Bien que les enfants maltraités courent un risque accru de connaître des problèmes d'adaptation et d'ordre criminel, les conséquences négatives ne sont pas inévitables. Cette conclusion démontre l'importance de l'habileté des enfants à s'adapter et à utiliser les ressources ou occasions dont ils disposent — quelles qu'elles soient — afin de résister aux effets dommageables de ces expériences. Plusieurs facteurs ayant une influence dans l'issue plus ou moins adaptative de l'abus sont abordés, en lien avec les considérations théoriques suivantes.

Psychopathologie du développement

La perturbation de la relation parent-enfant ou de la famille est l'un des facteurs les plus fortement associés aux problèmes de développement des enfants et à la psychopathologie du développement. C'est pour cette raison que les enfants maltraités sont plus à risque

de développer des problèmes émotifs ou comportementaux, conséquences des traitements infligés par les parents. Cependant, la façon dont l'abus parental affecte le développement des enfants fait l'objet de débats et d'incertitude, surtout à cause de la difficulté inhérente à l'étude d'un phénomène si complexe. La compréhension des effets potentiels de la violence à l'égard des enfants nécessite une bonne connaissance de la littérature sur le développement et la psychopathologie des enfants, puisque ces domaines de recherche ont déjà établi certains paramètres cruciaux liés à l'étude de l'enfant dans son contexte familial et communautaire.

La psychopathologie du développement offre un cadre utile permettant d'organiser l'étude de la violence envers les enfants autour de jalons et de séquences dans le développement physique, cognitif, social, affectif et scolaire. Cette perspective constitue un cadre organisant la description du processus dynamique et multidimensionnel menant à un développement anormal, et représente aussi une façon d'intégrer différentes approches autour de questions et de phénomènes communs. La psychopathologie du développement met l'accent sur le rôle des processus de développement, l'importance du contexte ainsi que l'influence de multiples expériences et processus en interaction, ceci donnant forme au développement aussi bien adaptatif que non adaptatif. Cette approche générale ne remplace pas les théories spécifiques, mais tente plutôt d'établir des liens entre des phénomènes qui pourraient autrement sembler fortuits ou sans rapport[37].

Un principe central à la psychopathologie du développement veut que la compréhension des stades de développement normaux, incluant les extrêmes et les changements dans le développement, soit nécessaire à une juste compréhension des comportement anormaux ou mésadaptés. Cela souligne l'importance et la complexité des facteurs familiaux, sociaux et culturels dans la prédiction et la compréhension des changements dans le développement selon une perspective intégrée et multidisciplinaire. L'influence de l'optique privilégiée par la psychopathologie du développement est importante dans l'étude de la maltraitance à l'égard des enfants parce qu'elle souligne la pertinence des éléments liés au développement et enrichit ainsi la classification des troubles.

Théories relatives au stress et à la résilience

Les enfants font face à plusieurs types de stress et de dangers dans leurs vies, certains chroniques et omniprésents. Ils apprennent à les surmonter en agissant de différentes façons, obtenant des résultats variés[38]. Le développement des jeunes enfants, amorcé de façon normale, peut prendre une voie radicalement différente à la suite de mauvais traitements chroniques ou sévères et d'autres types de stress. Les stades de développement sont par conséquent perturbés, causant des problèmes affectifs et comportementaux pouvant aller de troubles de la parole et du langage à des comportements criminels.

Facteurs de stress direct et indirect

En plus des effets dommageables directs de la maltraitance, les enfants peuvent également souffrir des effets indirects de différents événements de leur vie et de certains facteurs de stress secondaire influencés par les mauvais traitements. Le dévoilement de l'abus sexuel, par exemple, entraîne des conséquences à court et à long terme qui contribuent à restreindre la capacité d'adaptation des individus face aux nouvelles exigences de l'environnement. Ces facteurs de stress secondaire, souvent accentués par le souvenir désagréable des expériences traumatiques, engendrent un style de vie marqué par le stress, et l'adaptation aux facteurs de stress initiaux devient encore plus difficile. La source de ce stress est souvent éloignée des événements qui l'ont provoqué. On pense à l'enfant qui doit s'adapter à l'incohérence de ses parents, aux changements dans la famille, à la détresse des frères et soeurs, etc., qui surviennent à la suite de la violence conjugale, de la séparation des parents ou de la révélation de l'abus sexuel[39].

Les incidents stressants qui surviennent dans la famille affectent chaque enfant de façon différente et

unique. Cependant, certaines situations provoquent des réactions de stress plus intenses et peuvent avoir des conséquences plus importantes que d'autres. La maltraitance à l'égard des enfants est sans aucun doute l'une des formes de stress les pires et les plus accablantes, comparable à la guerre, à la violence familiale et à l'absence de logement et de vêtements adéquats. Elle affecte directement la vie quotidienne de l'enfant, peut être continue et imprévisible, et est souvent le résultat d'actions ou d'inactions de personnes en qui l'enfant a confiance et dont il dépend. Cependant, même les événements les plus traumatiques tels que l'abus, la négligence, la carence affective et différentes formes de maltraitance n'affectent pas les enfants de façon prévisible et caractéristique. Leur influence dépend plutôt de facteurs variés, particulièrement le caractère de l'enfant et le soutien disponible[39].

Le stress a été perçu comme le catalyseur pouvant transformer une situation désagréable en situation abusive. Les théories ne peuvent expliquer complètement le phénomène des mauvais traitements envers les enfants sans intégrer le concept de stress, provoquant des réactions non adaptatives, puisque les parents maltraitants n'abusent pas dans toutes, ou même dans la plupart des situations. L'aggravation des conflits entre les membres d'une famille ne semble pas causée par une forme particulière de stress, mais bien par le fait de vivre dans un *environnement composé d'éléments stressants variés* ayant différentes origines, comme par exemple le désavantage socio-économique.

Le stress prend différentes formes selon les individus. Il consiste en des événements ou des exigences qui créent un déséquilibre profond et chronique chez l'individu ou la famille. L'individu répond normalement à ce déséquilibre en tentant de s'y adapter, afin de retrouver un état d'équilibre plus confortable. Les études sur le stress et le développement de l'enfant ont conclu que les conséquences positives ou négatives d'un événement stressant dépendent en grande partie de l'interruption et du désordre provoqués par cet événement ainsi que de la présence de tampons psychologiques et physiques qui contrôlent la sévérité du stress de façon tangible et intangible[40]. À mesure que les facteurs de stress s'accumulent, l'enfant devient moins capable de résister à leur effet dommageable, et il peut s'ensuivre une incapacité à s'adapter. Cependant, la méthode qu'adopte un enfant pour s'adapter aux exigences de son environnement (par exemple, tenter d'éviter le donneur de soins abusif) peut par la suite compromettre sa capacité à former des relations avec les autres ou sa flexibilité dans son style d'adaptation.

Les mécanismes d'adaptation des enfants

Les enfants maltraités vivent constamment des situations dont ils n'ont pas la maîtrise, qui peuvent nuire à leur développement et à leur capacité d'adaptation de différentes façons, et qui menacent leur bien-être psychologique. Ils doivent non seulement faire face aux accès de colère et à la trahison imprévisible de leurs parents, mais ils doivent également s'adapter à certaines circonstances de leur environnement pouvant nuire à leur développement. Ces influences incluent les événements plus dramatiques, tels que la violence conjugale et la séparation des membres de la famille. Les activités quotidiennes pouvant paraître banales, mais qui sont importantes, telles que les interactions sociales inamicales, le peu d'occasions d'apprendre et un style de vie chaotique, peuvent également perturber ou contrarier l'enfant.

De même, les enfants victimes d'abus sexuel doivent faire face à plusieurs interruptions dans l'évolution de leur perception d'eux-mêmes et du monde, ceci provoquant des changements affectifs et comportementaux indicateurs de leur tentative d'adaptation à ces événements. Parce que la source de leur stress se trouve au sein de leur famille, les enfants maltraités doivent constamment trouver des façons de s'adapter qui soient le moins risqué possible et qui leur offrent le maximum de protection et de possibilités de se développer.

Théorie des attributions

Il a été établi que les mauvais traitements affectent la perception de soi et du monde que construisent les enfants. La persistance des effets de la victimisation et des perceptions négatives de soi, de leur famille et du monde en général peut s'expliquer par la réaction initiale des enfants aux événements traumatiques vécus, événements qui les mettent en danger et auxquels toute réaction est vaine. De telles expériences peuvent provoquer un sentiment d'impuissance : la victime en vient à croire qu'elle ne peut rien faire pour prévenir ou maîtriser les situations stressantes[41]. L'enfant développe alors une attitude passive face aux nouvelles situations. Il peut apprendre à s'attribuer la responsabilité des événements stressants et dont il n'a pas la maîtrise, plutôt que de l'attribuer à la situation ou aux circonstances, ce qui le rend vulnérable à une diminution de son estime de soi. De même, si l'enfant perçoit que la cause est stable (c'est-à-dire qu'elle risque peu de changer avec le temps) plutôt qu'instable (temporaire), il sera susceptible de développer un sentiment d'impuissance chronique.

Théories de la résilience

La maltraitance à l'égard des enfants, comme d'autres formes d'adversité et de traumatismes dans l'enfance, n'affecte pas l'enfant de manière cohérente ou prévisible. Au contraire, l'influence des mauvais traitements dépend non seulement de leur sévérité et de leur chronicité, mais également de l'interaction entre ces événements et les caractéristiques individuelles de l'enfant. Les enfants peuvent être résilients à certains facteurs de stress particuliers alors qu'ils sont vulnérables à d'autres, et leur capacité à résister peut aussi varier selon le moment et le contexte où ces événements surviennent[42].

Certains traits de personnalité, tels que l'estime de soi et un sens du moi positif, prédisent bien la capacité de récupération (résilience) des enfants maltraités. De plus, les enfants peuvent être protégés en partie des effets dommageables des mauvais traitements dont ils sont victimes s'ils entretiennent une relation positive avec au moins une personne importante et cohérente leur offrant soutien et protection. Cette personne est normalement la mère dans les cas d'abus sexuel[43]. Elle peut également être le parent maltraitant, ce qui peut être difficile à concilier pour l'enfant. Cependant, les enfants maltraités ne considèrent pas leurs parents comme étant «abusifs» : ils s'adaptent plutôt à leur propre expérience aussi bien que possible. La loyauté envers ses parents est un lien affectif puissant : un parent qui crie, frappe et châtie peut également représenter une source d'intimité, de connaissances et d'amour pour l'enfant[44]. Les enfants maltraités ont davantage de difficulté à s'adapter à des situations stressantes s'ils ont été privés de relations positives avec des adultes, de modèles efficaces de résolution de problèmes et d'un sentiment de maîtrise de soi ou de capacité à prévoir les événements.

UN CADRE CONCEPTUEL POUR LA SURVEILLANCE DE L'ENFANCE MALTRAITÉE

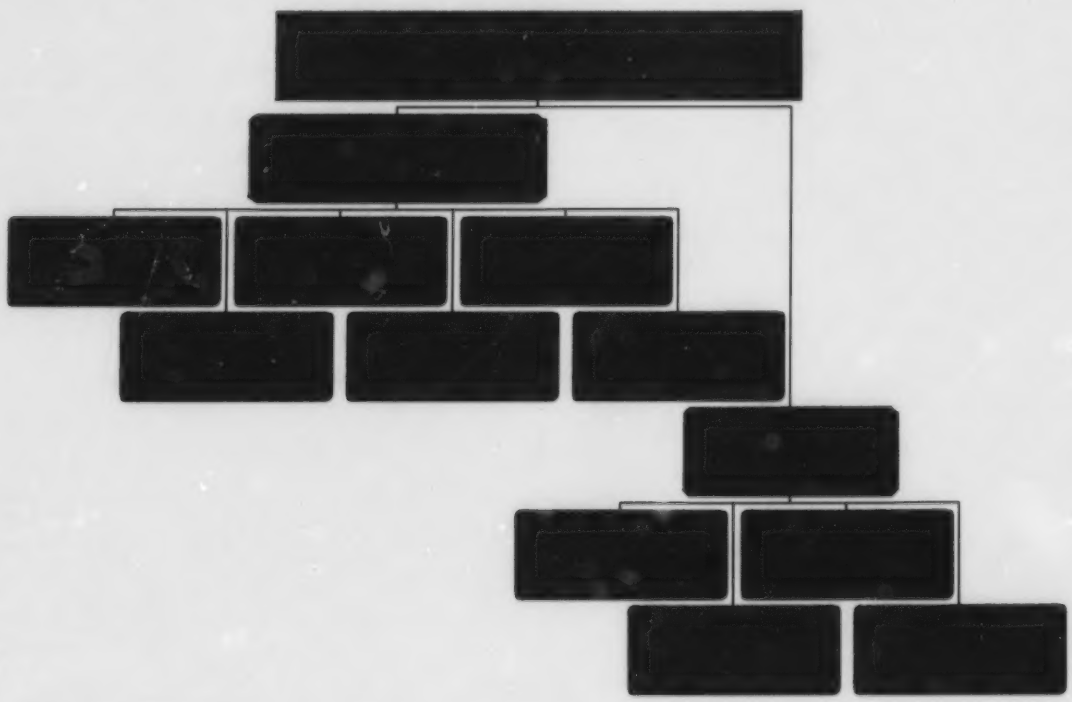
Organisation et approche

Les progrès réalisés dans la définition et l'explication des causes et des conséquences de la maltraitance à l'égard des enfants constituent la base pour l'élaboration d'un cadre conceptuel englobant les facteurs individuels, familiaux, communautaires et sociétaux se rapportant à la surveillance de l'enfance maltraitée. Ce cadre conceptuel a été établi d'après le travail original réalisé par Santé Canada ayant permis d'identifier et de définir les principaux déterminants de la santé. Les résultats empiriques et théoriques sont présentés dans des sections séparées, selon le déterminant de la santé auquel ils se rapportent. Dans chaque section, la discussion porte sur les variables qui la composent et qui ont une importance théorique, incluant certains facteurs moins connus qui mériteraient une attention particulière, tels que l'impact économique des mauvais traitements envers les enfants.

Sélection des principaux déterminants de la santé de la population

Le document de Santé Canada, intitulé *Promotion de la santé*[45], relève neuf déterminants clés de la santé de la population. Ceux-ci ont été regroupés ci-dessous en six catégories les plus pertinentes à la surveillance de l'enfance maltraitée :

Figure 3
Vue d'ensemble du cadre conceptuel



La figure 3 donne une vue d'ensemble du cadre conceptuel et notamment des déterminants principaux de la santé et des niveaux d'action faisant l'objet des sections suivantes du rapport.

Revenu et situation sociale

La distribution relative des richesses, plutôt que la valeur absolue, est un facteur clé dans l'évaluation de l'état de la santé. De même, la situation sociale affecte la santé des individus puisqu'elle détermine leur niveau de maîtrise des circonstances de leur vie et donc, par conséquent, leur capacité d'agir. Sur le plan de la surveillance, l'influence du revenu et de la situation sociale sur le taux de maltraitance à l'égard des enfants, comme par exemple la pauvreté, le quartier ainsi que les politiques sociales visant à éliminer la discrimination et les inégalités, a été bien établie, autant au niveau théorique qu'empirique.

Réseaux de soutien social

Le soutien de la famille, des amis et de la communauté est important afin d'aider les individus à gérer les situations difficiles et à maintenir un sentiment de maîtrise des circonstances de leur vie. La littérature sur la maltraitance à l'égard des enfants a documenté l'importance de tels réseaux de soutien social afin de contrôler le stress et l'isolement des familles ainsi que l'importance de l'accessibilité des ressources aux familles dans le besoin. La surveillance des réseaux de soutien social au niveau familial, par exemple, peut nécessiter des informations telles que le nombre de déménagements et de perturbations auxquels l'enfant a dû faire face, ainsi que l'évaluation par les parents et les enfants du soutien affectif et spirituel disponible. Au niveau communautaire, la surveillance peut regrouper des informations sur les options disponibles aux parents quant à la garde et à la prise en charge de leurs enfants, la façon dont les familles et les enfants peuvent accéder aux ressources disponibles ainsi que d'autres facteurs similaires.

Éducation

Une éducation adéquate et pertinente permet aux individus d'acquérir les connaissances et les habiletés nécessaires à la vie quotidienne, les rend aptes à jouer un rôle actif dans leur communauté et augmente leurs chances d'obtenir un emploi. Il est important de documenter les initiatives entreprises par la communauté et les établissements d'enseignement ayant pour but de sensibiliser les enfants et les adultes aux indices et aux effets des mauvais traitements, aussi bien que des actions à déployer. De même, les initiatives en matière de formation, de politiques scolaires, de cours prénataux ou pour nouveaux parents, d'actions judiciaires et législatives visant à dissuader le recours aux mauvais traitements sont importantes afin d'atteindre les buts visés par la surveillance.

Environnement physique

Les facteurs tels que le type de logement et la sécurité qu'offre la communauté ont une influence majeure sur la santé et sont liés au taux de maltraitance envers les enfants. Il est donc important d'assurer un suivi des facteurs environnementaux aux niveaux familial et communautaire, tels que le taux de sans-abri, les conditions du foyer pouvant menacer la sécurité ou le sain développement des enfants, ainsi que la structure et la sécurité du quartier.

Adaptation personnelle et capacités d'adaptation

Les initiatives visant à améliorer la santé d'un individu et sa capacité d'adaptation personnelle contribuent à prévenir les maladies et à promouvoir l'importance de prendre soin de soi, tandis que des mécanismes d'adaptation adéquats permettent aux individus d'être indépendants, de résoudre leurs problèmes et de faire des choix qui améliorent leur santé. La surveillance de l'adaptation personnelle et des capacités d'adaptation s'effectue au niveau individuel, pour l'enfant comme pour l'adulte, et peut consister à documenter la nature des exigences actuelles et des options offertes aux parents et aux enfants, incluant les problèmes de santé, le stress et les ressources dont l'individu dispose en vue de s'adapter, ainsi que l'adaptation psychosexuelle.

Développement de l'enfant

L'expérience prénatale et les événements qui surviennent dans la petite enfance ont une influence

importante sur la santé ultérieure et jouent un rôle crucial dans l'apparition et la prévention des mauvais traitements. Le développement sain d'un enfant dépend de chaque niveau d'action, allant de la situation et des perturbations dans le développement de l'enfant jusqu'à l'aptitude de l'agresseur à éduquer ses enfants, à l'environnement familial ainsi qu'aux attitudes et réactions culturelles et communautaires face aux facteurs qui sont à l'origine de la maltraitance envers les enfants.

Niveaux d'action

Une approche systémique et multidimensionnelle à la compréhension de la maltraitance à l'égard des enfants est basée sur plusieurs niveaux d'action et de préoccupations. Un cadre pour la surveillance de l'enfance maltraitée doit inclure les niveaux des facteurs individuels, familiaux, communautaires et culturels qui sont distincts au plan conceptuel. Ces distinctions nécessitent un examen des antécédents critiques, de l'historique ou des caractéristiques du développement de l'adulte comme de l'enfant, de la nature de l'acte et de ses conséquences sur l'enfant, des éléments qui font qu'un tel comportement persiste, de la nature de la famille ou du contexte des soins, ainsi que du système social général où se produit l'abus.

Niveau individuel (adulte et enfant)

Les parents maltraitants ne disposent souvent pas des habiletés et des ressources nécessaires pour s'adapter efficacement aux exigences posées par l'éducation des enfants et à d'autres demandes stressantes de la vie quotidienne, ce qui peut engendrer un plus grand nombre de problèmes de comportement chez l'enfant. Les caractéristiques individuelles de l'enfant (telles qu'un comportement difficile) peuvent également contribuer au comportement de l'adulte ou faire en sorte que celui-ci persiste.

Niveau familial

Les déterminants de la santé au niveau familial incluent les caractéristiques démographiques et celles se rapportant à la structure familiale. Les mauvais traitements envers les enfants se produisent souvent dans le contexte de foyers et de quartiers caractérisés par une multitude de problèmes, où le désavantage socio-économique, la détresse conjugale, la violence familiale et d'autres formes de conflits ou de pathologies connexes ont une influence considérable sur le développement de l'enfant. Les caractéristiques familiales sont des facteurs importants pour plusieurs déterminants de la santé, tels que les réseaux de soutien social, l'environnement physique ainsi que le revenu et la situation sociale.

Niveau communautaire

Bien que le phénomène de la maltraitance à l'égard des enfants ne soit pas confiné aux limites d'un groupe socio-économique défavorisé, ce problème doit être considéré dans le contexte du stress causé par l'environnement et de l'isolement privant l'individu de ressources nécessaires. La disponibilité de services suffisants et adéquats d'aide sociale, par exemple, contribue à contrer les effets de la pauvreté et à combler les manques caractérisant l'environnement de l'enfant, tels que l'absence ou l'insuffisance de services de garde, de logement et de sécurité. De plus, les adultes vivant sous le seuil de la pauvreté sont davantage affectés par les problèmes individuels et familiaux tels que la toxicomanie et les troubles affectifs. La surveillance au niveau de la communauté inclut des problèmes tels que l'accès aux ressources, les conditions d'emploi, les possibilités d'éducation et de formation, la sécurité dans le quartier ainsi que les ressources affectées à la protection des enfants.

Niveau sociétal/culturel

Cette macro-composante du cadre conceptuel consiste à identifier des facteurs sociaux et culturels plus généraux qui ont une influence sur la maltraitance à l'égard des enfants, tels que l'acceptation culturelle des châtiments corporels, la volonté d'avoir recours à des moyens autres que les châtiments corporels, la prise de conscience de l'abus sexuel, les lois et autres règles régissant la sécurité des enfants, la santé mentale, la

pornographie ainsi que les campagnes de sensibilisation du public entreprises en vue de réduire la prévalence des mauvais traitements infligés aux enfants. Ces facteurs sont plus difficiles à surveiller à cause de leur étendue et de leur diversité dans la culture canadienne. Une discussion des différentes façons de comprendre les influences culturelles par rapport à la maltraitance sera présentée pour certains déterminants cruciaux de la santé.

Revenu et situation sociale

Niveaux individuel et familial

Pauvreté et désavantage socio-économique

La maltraitance à l'égard des enfants est influencée par plusieurs conditions importantes du milieu, parmi lesquelles une situation socio-économique difficile (généralement définie comme un revenu familial se situant sous le seuil de la pauvreté, le sous-emploi et la faible scolarité) détient un rôle important. La pauvreté chez les enfants est une réalité troublante que vit environ un enfant sur cinq au Canada[46]. Grandir dans la pauvreté a un effet considérable sur le bien-être des enfants et des adolescents, particulièrement au niveau des déficits d'apprentissage et du rendement scolaire[47]. La pauvreté influence également, bien que de façon indirecte, l'adaptation de l'enfant, probablement parce qu'elle est associée à des modèles négatifs tels qu'une éducation sévère et incohérente ainsi qu'une forte exposition à des facteurs de stress chronique et aigu[48].

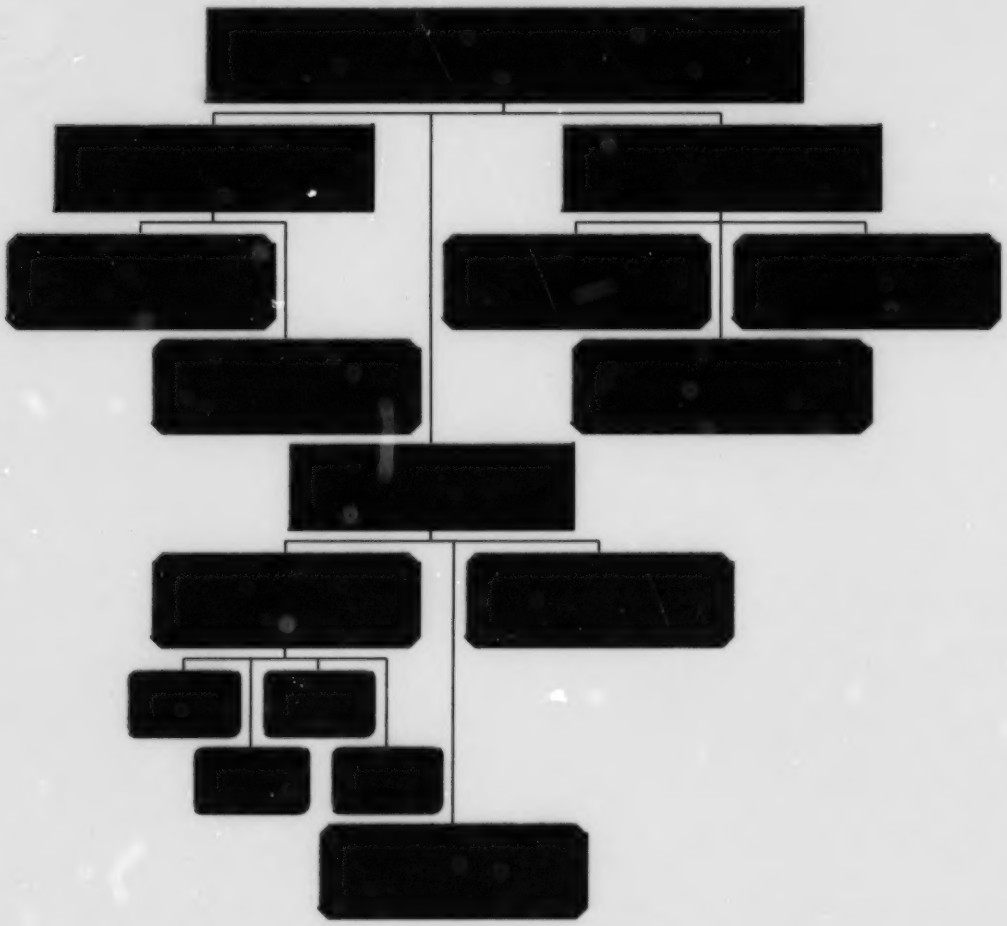
La maltraitance, et particulièrement la négligence, se retrouve en plus grande proportion chez les gens pauvres et défavorisés[49]. Les statistiques provenant des États-Unis montrent que le taux d'incidence rapporté, incluant toutes les formes de mauvais traitements, passe de 42/1000 (moyenne incluant tous les milieux socio-économiques) à 99/1000 enfants dans les familles les plus pauvres (ayant un revenu de moins de 15 000$/année). Ce taux est trois fois plus élevé que chez les enfants dont la famille a un revenu moyen (15 000$-<30 000$/année) et 25 fois plus élevé que chez les enfants provenant de familles à revenu élevé (>30 000$/année)[3]. Dans l'étude ontarienne d'incidence, au moins 36 % des familles interrogées vivaient des revenus de l'aide sociale. Fait peu surprenant, la source de revenus était liée au type de mauvais traitements : la négligence se retrouvait davantage au sein des familles dépendant de l'aide sociale que de celles où un parent occupait un emploi à temps plein (43 % contre 13 %)[13].

Des études récentes suggèrent que le lien entre la pauvreté et la maltraitance envers les enfants n'est probablement pas attribuable à un biais de signalement, puisque ce lien a été observé de façon constante depuis les 20 dernières années en dépit d'une plus grande sensibilité du public et d'un accroissement dans les taux de signalement[50]. Par contre, cela suggère que le contexte économique de la maltraitance — peu de services de garde, logements surpeuplés et non sécuritaires, soins de santé insuffisants et ainsi de suite — contribue de façon importante aux taux d'incidence élevés. Cependant, malgré l'importance de ces facteurs socio-économiques, la maltraitance semble avoir une influence sur le développement de l'enfant qui dépasse la seule influence de circonstances socio-économiques stressantes[51].

Structure familiale

La structure familiale est également liée à la probabilité pour un enfant de subir des mauvais traitements. Les enfants vivant dans des familles monoparentales courent un risque accru d'être victimes de violence et de négligence, surtout à cause du stress, du manque de ressources, de la difficulté à partager la charge de l'éducation des enfants et d'une situation socio-économique plus difficile que celle d'une famille où les deux parents sont présents. Les enfants vivant uniquement avec leur père sont au moins deux fois plus souvent victimes d'abus physique que les enfants vivant avec leur mère[3]. De même, la maltraitance — surtout la négligence physique et celle ayant trait à l'éducation — survient plus souvent dans les familles nombreuses parce que la présence d'un enfant en plus représente une plus

Figure 4
Revenu et situation sociale



lourde tâche pour les parents ainsi que plus de responsabilités et d'exigences.

L'abus sexuel, contrairement à l'abus physique, n'est pas associé à une configuration particulière de variables familiales pouvant expliquer sa prévalence, telles que la pauvreté ou le chômage. Il semble cependant exister un risque accru d'abus sexuel dans les familles en difficulté ou en transition, par exemple lorsqu'un parent est absent ou n'est pas disponible, lorsque les parents sont en conflit ou lorsqu'il y a présence d'un beau-père[52].

Niveau communautaire

Le quartier

La maltraitance à l'égard des enfants est liée de près aux aspects structuraux du quartier et de la communauté. Les variations dans les taux de signalement officiels des cas de mauvais traitements ont été liées à quatre déterminants de l'organisation sociale de la communauté : les ressources familiales et économiques, l'instabilité résidentielle (une mesure du taux de déménagements dans le quartier, telle que le pourcentage de foyers ayant déménagé au cours d'une année), la structure du foyer et la répartition de l'âge et la proximité géographique de quartiers où la pauvreté est concentrée[53].

Ces caractéristiques du quartier reflètent la dégradation de l'organisation et du contrôle social dans la communauté, dégradation liée au taux de signalement des mauvais traitements envers les enfants. Ainsi, les enfants qui vivent dans des quartiers marqués par la pauvreté, un nombre excessif d'enfants par habitant adulte, de nombreux mouvements de la population et une forte concentration de foyers monoparentaux sont les plus à risque d'être victimes de mauvais traitements.

Emplois et pertes d'emploi

Le rôle de l'emploi et du chômage dans la prévalence de la maltraitance à l'égard des enfants est semblable à celui de la pauvreté[54]. En examinant les taux de chômage de deux régions métropolitaines différentes, on a noté que les augmentations des taux d'abus physique étaient précédées de périodes de pertes d'emploi importantes[55]. Le taux de chômage chez les hommes expliquait deux tiers de la variance dans les taux totaux d'abus et de négligence parmi les cas déclarés de mauvais traitements à Glasgow, en Écosse[56]. Ces études de nature corrélationnelle ne peuvent expliquer les mécanismes sous-jacents à ce lien. Néanmoins, le lien entre le taux de chômage et les taux de violence et de négligence est significatif, ce qui fait de la possibilité d'emploi et de la perte d'emploi des facteurs cruciaux pour la surveillance.

Assistance publique

L'assistance publique, qu'elle soit sous la forme d'aide financière ou de soutien social, est un élément lié au revenu et à la situation sociale. Comme il a été fait mention précédemment, le taux de maltraitance à l'égard des enfants est plus élevé dans les quartiers pauvres qui disposent de moins de ressources au niveau social, en comparaison d'autres quartiers défavorisés qui disposent de services d'aide sociale suffisants pour les familles. Les parents qui habitent les quartiers où le taux de maltraitance est plus élevé ont tendance à utiliser les ressources en cas de crises seulement, et font uniquement appel aux organismes publics et à l'aide sociale lorsque cela leur semble absolument nécessaire. La surveillance de l'assistance publique pourrait donc inclure des barèmes d'aide sociale pour chaque région, la proportion d'organismes publics desservant les familles en fonction de la taille de la population ainsi que d'autres types d'accès aux ressources.

Niveau sociétal/culturel

Discrimination et inégalité

La maltraitance à l'égard des enfants se produit généralement dans le contexte de foyers et de quartiers à problèmes multiples, où la pauvreté et les dysfonctions familiales ont une influence majeure sur le développement de l'enfant. Les dimensions sociales et culturelles les plus saillantes contribuant aux mauvais traitement sont la pauvreté, l'isolement social et l'acceptation générale des châtiments corporels (voir discussion ci-dessous). Ces facteurs résultent de l'inégalité, qui peut être considérée comme le principal facteur socio-culturel contribuant au mauvais traitement non seulement des enfants, mais également de plusieurs adultes et membres de groupes minoritaires. Le jugement d'une société selon lequel un groupe particulier mérite moins de reconnaissance et de soutien politique et économique engendre nécessairement une vulnérabilité à la violence et à plusieurs autres types de problèmes semblables au sein de cette société[57].

Coûts médicaux et impact économique

Le U.S. Advisory Board on Child Abuse and Neglect a jugé que l'analyse des coûts liés à la maltraitance à l'égard des enfants représente une démarche essentielle[2]. Les données de surveillance concernant les coûts associés au soutien monétaire et social ainsi qu'à la maltraitance à l'égard des enfants ont permis d'élucider l'évaluation des coûts pour la société en ressources humaines et matérielles, aussi bien à court qu'à long terme. Parmi l'ensemble des admissions aux soins intensifs en pédiatrie, les mauvais traitements infligés aux enfants sont responsables des coûts les plus élevés, particulièrement dans le cas de jeunes enfants (âgés de moins de 9 mois) souffrant de blessures sévères[58]. Les frais hospitaliers sont en moyenne de

35 641$ US par cas (variant de 12 200$ US à 115 600$ US), avec un coût quotidien moyen de 5295$ US. Tristement, le groupe des enfants admis pour cause de mauvais traitements possède également le plus haut taux de mortalité. Les blessures attribuables aux mauvais traitements coûtent plus cher et nécessitent plus de services que les accidents de la route, sur une base individuelle, surtout à cause de l'hésitation des donneurs de soin à faire immédiatement appel à l'aide. Il est finalement intéressant de constater que le coût moyen quotidien des soins intensifs pour un enfant maltraité est supérieur au revenu annuel d'un ou une intervenante à domicile en santé.

En plus du coût élevé des services médicaux immédiats, il serait également important pour la surveillance d'inclure les coûts médicaux et l'impact économique des problèmes physiques et affectifs à long terme survenant suite aux mauvais traitements. Des études concernant les coûts des mauvais traitements devraient inclure les coûts des soins médicaux futurs, l'investissement légal et social, la perte de l'indépendance financière et la diminution de la qualité de vie.

Politiques d'aide sociale

En lien avec les facteurs communautaires mentionnés ci-dessus, les politiques fédérales, provinciales et municipales en matière de bien-être et d'aide sociale devraient faire partie de la capacité de surveillance. De telles politiques guident et soutiennent financièrement l'aide aux familles, qui est directement liée au revenu et à la situation sociale, celles-ci affectant le taux de maltraitance envers les enfants. Les politiques d'aide sociale peuvent amener des changements législatifs aux niveau fédéral et provincial. Au niveau municipal, elles peuvent être représentées par l'allocation et la gestion de prestations pour les familles.

Réseau de soutien social

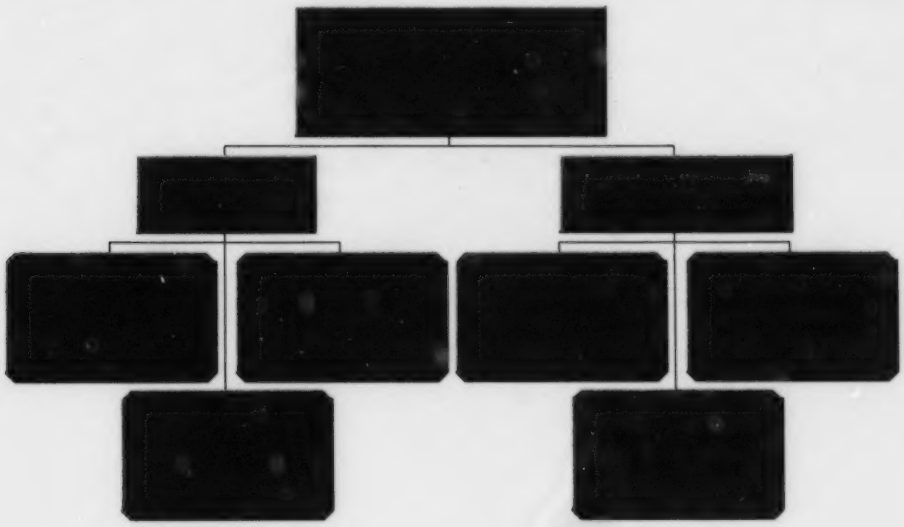
Niveaux individuel et familial

Isolement social et perception de soutien

L'isolement social est une caractéristique souvent observée chez les familles maltraitantes. Il ne représente pas un facteur unique mais bien un ensemble de variables liées à la perception qu'ont les parents du soutien dont ils disposent et à leurs réseaux formels et informels[59]. Plusieurs de ces variables sont pertinentes à un réseau de surveillance. Les familles maltraitantes ont souvent peu de liens sociaux avec leur famille étendue, leur voisinage, leur communauté et avec les organismes sociaux susceptibles de leur offrir l'aide nécessaire[60]. L'isolement social est normalement associé à d'autres conditions de vie stressantes telles que le manque de services de garde adéquats, l'absence de groupes de pairs ou d'amis proches et des conditions de logement inadéquates[61].

Ces facteurs ont un rôle indirect, bien qu'important, dans la formation précoce et le sain établissement d'une relation parent-enfant positive plutôt qu'abusive. Étant donné cette influence indirecte, différentes formes de mauvais traitements sont difficiles à déceler, et les agents communautaires qui pourraient favoriser le développement de saines relations parent-enfant ont par conséquent moins d'influence. Les familles négligentes sont particulièrement vulnérables à l'isolement, qui peut provenir de problèmes interpersonnels des parents[62]. De même, les familles incestueuses ont tendance à protéger le «secret de famille» afin de maintenir la domination et l'autorité de l'agresseur. Ceci peut être accompli grâce à l'isolement social, une autonomie personnelle limitée ainsi que par le respect de moralité et religiosité strictes. Comme dans plusieurs familles maltraitantes, ces caractéristiques reflètent un climat de domination et d'abus de pouvoir où les enfants sont impuissants à maîtriser les événements désagréables. Finalement, la vie sociale de l'enfant peut être limitée en raison de la nécessité de protéger le caractère privé de la situation familiale.

Figure 5
Soutien social



Déménagements et perturbations

Les familles maltraitantes déménagent deux fois plus souvent que les familles non maltraitantes possédant les mêmes caractéristiques socio-économiques[63]. De plus, les familles maltraitantes présentent des figures parentales instables, ceci pouvant perturber le sentiment de confiance et la perception de soutien qui se développent chez l'enfant. Les déménagements fréquents, les changements d'écoles, les suspensions et le manque de ponctualité amènent des perturbations dans la scolarité qui peuvent être responsables des retards académiques observés chez certains enfants maltraités.

Garde d'enfants et visites

Il n'existe actuellement pas de données se rapportant au lien entre les modalités de garde d'enfants et la maltraitance. Cependant, la littérature portant sur les effets de la séparation et du divorce sur le développement des enfants et sur leur vulnérabilité aux problèmes d'adaptation souligne l'importance pour un plan de surveillance détaillé de prendre en considération de telles circonstances. Plus spécifiquement, il est nécessaire d'établir si les enfants sont plus vulnérables aux mauvais traitements avant ou après la séparation des parents ou les visites, comme on l'a fait pour la violence envers les femmes[64]. Ces données peuvent inclure le lieu de résidence principal de l'enfant, les modalités de visite, les conflits entre les parents au sujet de ces visites et les modalités concernant la pension alimentaire des enfants.

Niveau communautaire

Accès aux ressources

Les familles dans le besoin reçoivent ou demandent peu de services communautaires ou reçoivent des services inadéquats, particulièrement avant un incident de maltraitance. Les parents à risque hésitent à demander de l'aide jusqu'à ce qu'ils y soient forcés ou que le problème prenne une importance majeure[65]. L'accessibilité des services existants peut être en partie responsable de ce fait. En des termes pratiques, la surveillance devrait inclure l'accès individuel et familial à des moyens de transport, des formes appropriées de communication, des critères d'admissibilité à différents services communautaires, les barrières linguistiques et d'autres caractéristiques importantes qui restreignent ou améliorent l'accès à ces ressources.

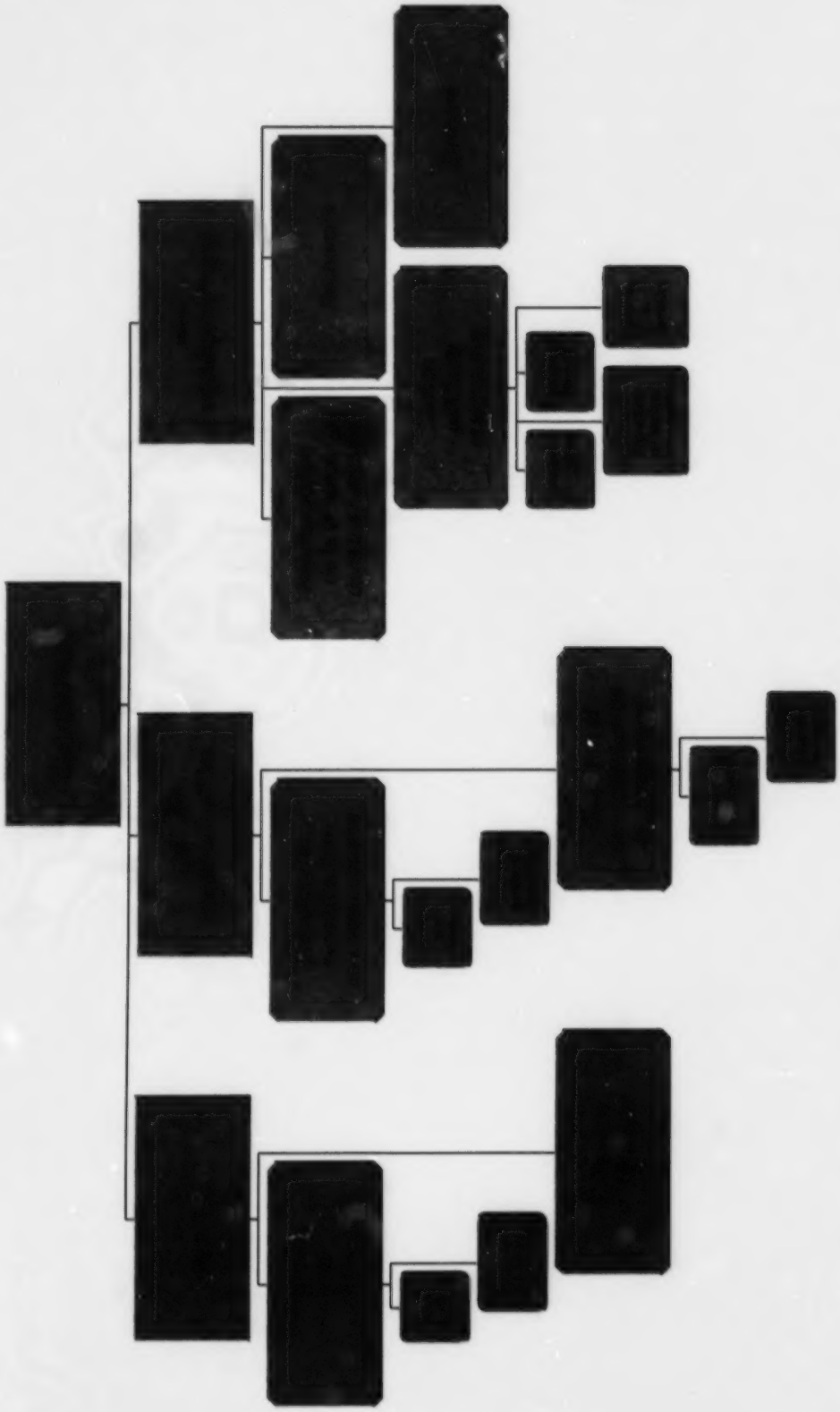


Figure 6
Éducation

Prise en charge et placement des enfants

Le nombre d'établissements et de foyers d'accueil adéquats pour les enfants maltraités et les enfants en danger représente un élément important du soutien social. Le recrutement et la formation des familles d'accueil, la disponibilité de foyers d'accueil spécialisés et le soin des enfants par la parenté doivent tous être pris en considération par la surveillance. Les normes minimales et les attentes des donneurs de soin quant aux soins appropriés à donner aux enfants peuvent être surveillées conformément aux normes et aux attentes de la communauté, offrant ainsi des données utiles à la planification des services.

Occasions de dévoilement

La façon dont les enfants ou les adultes dévoilent les mauvais traitements dont ils ont été victimes représente un facteur crucial dans l'apparition et la continuation de la maltraitance. Les enfants sont souvent hésitants à dévoiler les incidents d'abus sexuel à cause de la relation qu'ils entretiennent avec leur agresseur, et également à cause des conséquences négatives, implicites ou imaginées, que pourrait avoir la divulgation, du sentiment de culpabilité, du fait qu'ils se blâment pour ce qui est arrivé, de la stigmatisation et de l'isolement. Au dire des enfants, ils en viennent à révéler l'abus sexuel dont ils ont été victimes après un processus de décision graduel commençant par la reconnaissance du caractère déplacé du comportement. L'enfant doit alors surmonter ses inhibitions, supprimer la peur liée au dévoilement et finalement, décider du moment ainsi que de la personne à qui se confier[66]. Le dévoilement de l'abus sexuel des enfants ou d'autres formes de mauvais traitements peut être facilité par l'éducation et la sensibilisation aux niveaux scolaire et communautaire, par les professionnels et par d'autres sources de soutien destinées aux enfants.

Éducation

Niveaux individuel et familial

Préparation au rôle parental

Les facteurs de surveillance comprennent des cours prénataux, des programmes de visites à domicile et d'autres efforts d'éducation similaires visant à aider les nouveaux parents dans leur rôle et à renforcer la relation parent-enfant. Des études empiriques ont démontré l'importance de l'établissement précoce d'une relation positive entre les nouveaux parents, inexpérimentés, et leur enfant[67]. De tels programmes situent leur intervention au moment de la grossesse ou peu après la naissance afin d'offrir aux parents les connaissances de base liées au soin des enfants et à leur développement. Ces programmes peuvent également avoir pour but d'offrir aux parents un soutien social ainsi qu'une formation à l'emploi, à l'éducation des enfants et aux stimulations nécessaires aux jeunes enfants.

Niveau de scolarité

La surveillance de la formation académique devrait être partie intégrante du cadre conceptuel, car le niveau de scolarité a été indirectement lié à la maltraitance à l'égard des enfants[8]. En plus du dernier niveau scolaire complété par les parents, une telle surveillance peut inclure la disponibilité et l'inscription à des cours en éducation familiale et d'autres sujets similaires.

Niveau communautaire

Programmes de sensibilisation dans les écoles

Certaines communautés offrent des formations sur la violence envers les enfants s'adressant aux éducateurs tels que les enseignants et les administrateurs, en plus d'avoir des politiques spécifiques en matière de signalement des cas de mauvais traitements. Ces programmes traitent généralement de sujets tels que l'enseignement aux enfants à reconnaître des touchers inacceptables, en mettant l'accent sur le droit des enfants à contrôler leur propre corps, les procédures sécuritaires en cas de situations abusives ainsi que l'importance, en cas de touchers déplacés, d'en parler à un adulte de confiance[68].

Sensibilisation et éducation de la communauté

Les communautés ont également commencé à mettre en oeuvre des politiques et des procédures qui limitent l'accès des agresseurs aux victimes potentielles. Ces activités peuvent inclure la vérification des références de nouveaux employés, bénévoles et autres personnes oeuvrant auprès des enfants, en s'assurant que les droits de l'individu et de l'enfant sont respectés. La surveillance peut également inclure l'évaluation des procédures entreprises par la communauté suite au dévoilement d'un abus, telles que l'aide et l'éducation des membres de la communauté, surtout lorsque plusieurs victimes ou des agresseurs connus sont impliqués.

L'information provenant des médias, tels que des articles d'information non alarmistes décrivant la nature de la maltraitance à l'égard des enfants en des termes simples, favorise la sensibilisation du public aux questions relatives aux enfants. La vulnérabilité des enfants, surtout de ceux ayant des besoins particuliers ou provenant de foyers où les parents sont absents, peut être décrite afin d'encourager les parents à être vigilants quant aux déplacements de leurs enfants. Finalement, une étude visant à examiner les connaissances du public quant aux conséquences de l'abus et aux moyens de dissuasion pourrait être entreprise, incluant la diffusion des procès et des sentences. En plus de sensibiliser davantage toute la société, une attention spéciale doit être portée à la formation des professionnels. Celle-ci peut être réalisée au moyen d'éducation et de programmes de formation avant et après l'obtention du diplôme, ainsi qu'en offrant aux professionnels des occasions et des moyens leur permettant de se rencontrer et de discuter de ces questions.

Niveau sociétal/culturel

Action judiciaire et législative

Les législateurs réagissent présentement aux préoccupations croissantes du public quant aux mauvais traitements infligés aux enfants, aux conjoints et aux personnes âgés[69]. Davantage de lois fédérales et provinciales ont été édictées en matière de violence familiale ces 25 dernières années que dans toute l'histoire de la jurisprudence. Il est important d'éduquer et de former la magistrature, puisque les juges constituent un élément clé dans les initiatives du système judiciaire visant à gérer les cas de mauvais traitements et de violence familiale. Les attitudes qu'ils ont et expriment envers les cas portés à leur attention transmettent des messages importants au sujet de nos valeurs sociales. Une plus grande éducation et sensibilisation de la magistrature au problème de la maltraitance à l'égard des enfants contribuent également à l'établissement de sanctions criminelles adéquates et à la compréhension de l'importance du témoignage d'experts sur des sujets tels que la symptomatologie liée à l'abus sexuel, à l'exactitude des allégations d'abus, aux modèles de comportement propres au dévoilement et à la rétractation, à la capacité des enfants à témoigner en cours ainsi qu'à la suggestibilité et au souvenir des incidents d'abus.

La disponibilité du matériel pornographique fait aussi partie du cadre conceptuel. Les normes sociétales et communautaires concernant la disponibilité du matériel pornographique peuvent avoir une influence sur la prévalence de l'abus sexuel en particulier, que ce soit au niveau même de l'exploitation sexuelle des enfants ou de l'intérêt pour les pratiques sexuelles déviantes[70].

Représentation de la violence explicite dans les médias

Des études suggèrent que l'exposition constante des enfants à la violence dramatique dans les médias a, à long terme, contribué au niveau actuel de violence interpersonnelle dans la société nord-américaine[71]. La violence dans les médias est un facteur sociétal qui contribue à l'apprentissage par les enfants de l'agression et de la violence, et devrait être prise en considération dans la planification de la surveillance. Le public est également de plus en plus préoccupé par les effets négatifs des sites internets non contrôlés et des jeux vidéos violents sur le comportement des enfants et des jeunes, bien que des études empiriques de ces questions ne soient pas disponibles pour l'instant.

Sexisme

Les images stéréotypées de femmes soumises et d'hommes dominateurs sont renforcées par plusieurs représentations d'actes violents et non violents dans les médias. Les attitudes et les croyances en faveur de l'agression sont ensuite reproduites par les agresseurs et parfois même par les victimes, renforçant davantage la croyance que la violence est acceptable. Le Comité canadien sur la violence faite aux femmes[64] a étudié en détails les facteurs socio-culturels et a souligné le besoin de dénoncer les abus de pouvoir qui surviennent dans une grande partie des institutions sociales essentielles, telles que le système de santé, le système judiciaire, les forces armées et le système scolaire. Le Comité a conclut que la société doit entreprendre des changements considérables avant que la violence envers les femmes et les enfants ne puisse prendre fin.

Recherche

L'aide financière gouvernementale pour la recherche, l'évaluation et l'élaboration de programmes représente un facteur important de la surveillance. La priorité accordée aux recherches spécifiques visant la création d'un environnement pro-social propice au développement de l'enfant et offrant des possibilités aux jeunes à risque représente un exemple de cette stratégie.

Environnement physique

Niveau familial

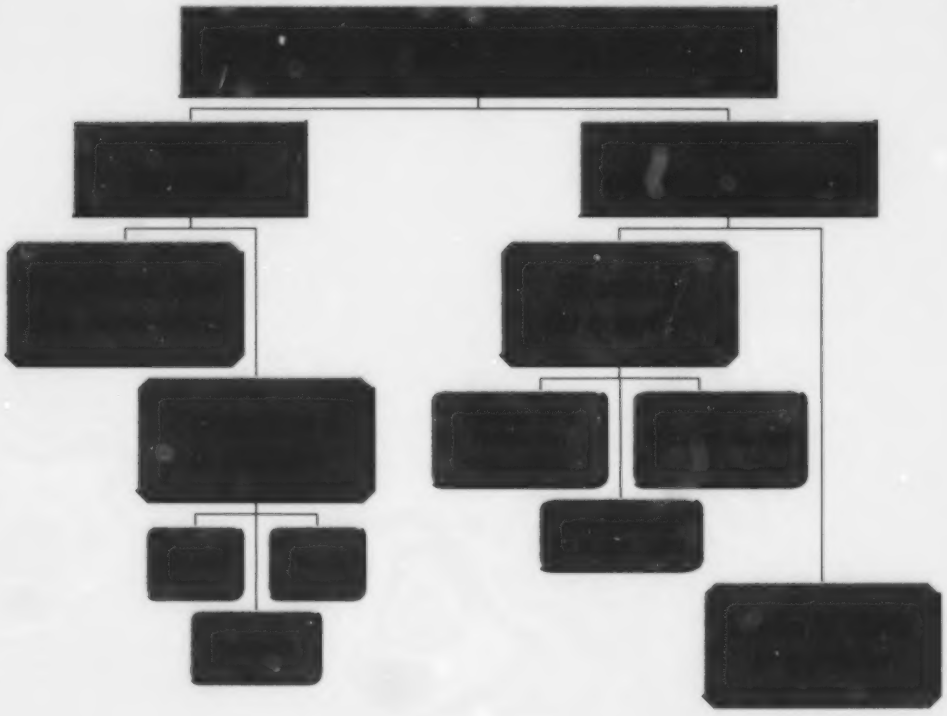
Problématique des sans-abri

L'absence de logement adéquat et l'instabilité de l'environnement familial sont des problèmes majeurs auxquels doivent faire face certains enfants aujourd'hui. La problématique des sans-abri est liée à plusieurs des variables se rapportant au revenu et à la situation sociale discutées ci-dessus. Par exemple, 88 % des familles sans-abri aux États-Unis sont dirigées par des femmes. La problématique des sans-abri est également associée à une utilisation accrue du système de santé et à un plus haut taux de violence envers les enfants. Une étude récente réalisée aux États-Unis a démontré qu'il y avait plus de négligence et de placements en famille d'accueil chez les enfants sans-abri que chez les familles appartenant au même groupe socio-économique disposant d'un logement adéquat[72]. Bien que les statistiques canadiennes sur les sans-abri ne soient pas disponibles, des efforts afin de définir, dénombrer et aider les sans-abri sont présentement mis en place par la Société canadienne d'hypothèques et de logement[73].

Conditions dans le foyer

La maltraitance à l'égard des enfants, particulièrement la négligence, est associée au manque d'éléments essentiels permettant d'assurer la santé et la sécurité des enfants. Une étude portant sur les blessures accidentelles et non accidentelles chez les enfants a révélé que la pauvreté, le chaos familial et les réactions imprévisibles de la famille, un logement surpeuplé et les déménagements fréquents sont caractéristiques autant des blessures non intentionnelles chez les enfants que des mauvais traitements, ce qui suggère que le risque de blessures est plus grand lorsqu'un nombre élevé de ces facteurs de stress est présent[74]. La sécurité du foyer inclut de nombreuses caractéristiques, telles que l'exposition au plomb ou à d'autres substances toxiques, des fils électriques non protégés, l'eau dont la température dépasse 49 degrés Celsius, un rangement inadéquat des médicaments ou des armes à feu, le délabrement ainsi que des appareils de chauffage non sécuritaires. De même, la propreté de la maison peut représenter un danger pour la santé et la sécurité des enfants si les parents ne s'occupent pas adéquatement des animaux, ne font pas la lessive, la vaisselle ou autres corvées similaires. Le respect de la vie privée peut également contribuer à la sécurité des enfants, surtout dans les cas d'abus sexuel. Quoique l'espace personnel puisse ne pas être disponible dans certains cas, il peut alors être obtenu si les parents reconnaissent le droit de leur enfant à l'intimité, et également en établissant et en respectant les limites personnelles établies selon le niveau de développement de l'enfant.

Figure 7
Environnement physique



Niveau communautaire

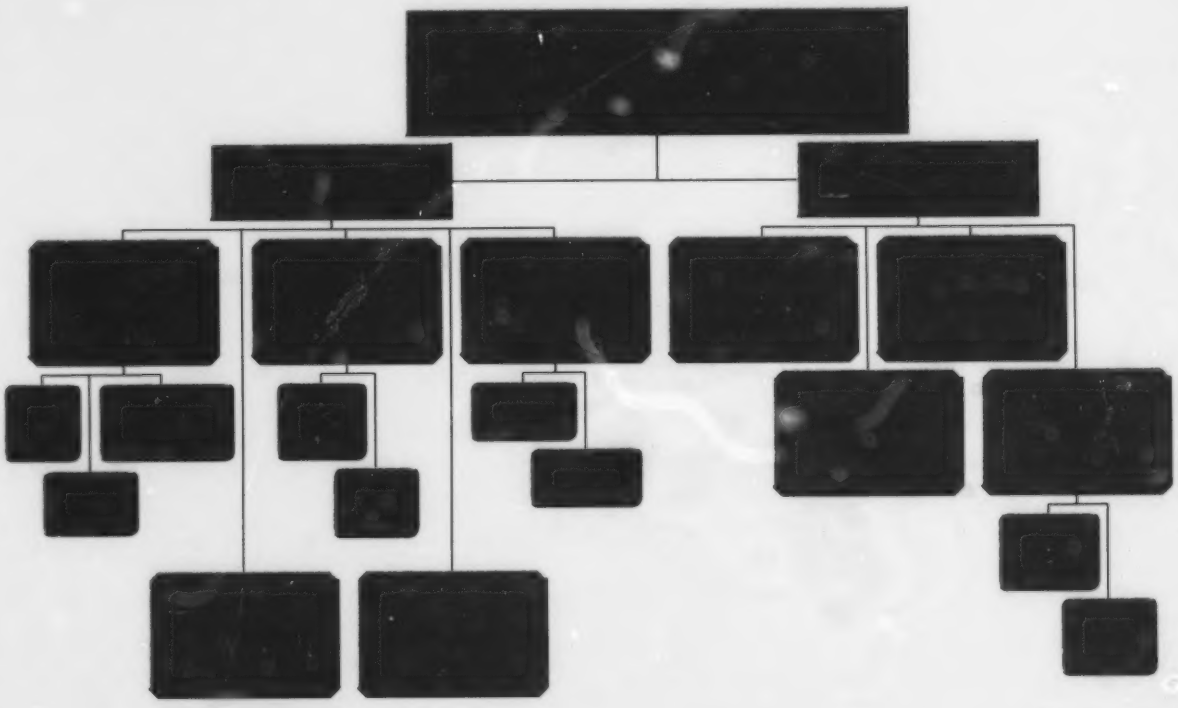
Structure du quartier

La structure du quartier est le reflet de l'environnement physique de la famille à un niveau plus général et comprend les mesures d'instabilité et de proximité de la pauvreté mentionnées précédemment. On peut également évaluer la structure du quartier à l'aide d'une mesure globale de plusieurs facteurs importants, qui sont tous liés de près au revenu et à la situation sociale[75]. Le temps passé dans le quartier, tel que le pourcentage de foyers habitant leur résidence actuelle depuis moins de 10 ans, est lié à l'instabilité. La structure du quartier peut également être évaluée au moyen d'une mesure de la charge que présente le soin des enfants (le rapport enfants-adultes, hommes-femmes et le pourcentage de personnes âgées) et de l'appauvrissement (pourcentage de foyers où une femme est chef de famille, niveau de pauvreté du quartier, taux de chômage, pourcentage de logements inoccupés, dépeuplement).

La sécurité du quartier

L'environnement physique au niveau communautaire inclut des indicateurs de la sécurité dans la communauté. La violence dans la communauté (telle que le crime, l'agression et le vol) et les mauvais traitements infligés aux enfants sont des facteurs qui ont une influence réciproque[76]. Les enfants maltraités vivent plus souvent dans un quartier dangereux que les enfants non maltraités, et ils y sont exposés à encore plus de violence. L'effet combiné des mauvais traitements et de l'exposition à la violence dans la communauté demeure une question importante pour la planification de la surveillance.

Figure 8
Adaptation personnelle et capacités d'adaptation



Adaptation personnelle et capacité d'adaptation

Cette section du cadre conceptuel traite de l'adaptation personnelle et des capacités d'adaptation des enfants victimes et des adultes agresseurs. Une grande partie de la recherche sur la maltraitance à l'égard des enfants s'est concentrée sur les caractéristiques psychologiques qui causent ces comportements et sur celles qui sont touchées au cours d'une vie. Les principaux résultats ayant des répercussions sur le réseau de surveillance sont présentés.

Une description de l'influence de la maltraitance chez les enfants tout au long de leur vie est d'abord présentée en fonction des conséquences principales affectant le développement normal des enfants. Ces conséquences incluent les symptômes physiques et psychologiques aigus que connaissent les enfants maltraités, leur comportement social, leur adaptation psychologique et psychosexuelle ainsi que leur rendement scolaire. Une revue de la littérature sur les adultes maltraitants est ensuite exposée en lien avec plusieurs dimensions pertinentes : l'historique des mauvais traitements, les modèles de comportement en réaction au stress et à l'activation physiologique, les problèmes psychosexuels (incluant les déficits sur le plan de la formation des relations) et la santé physique et psychologique (incluant les troubles de la personnalité et la toxicomanie).

Niveau individuel : enfant victime

La maltraitance à l'égard des enfants entrave plusieurs facettes cruciales du développement, dont l'attachement à la personne qui dispense les soins, la maîtrise de soi ainsi que les jugements moraux et sociaux. Ces perturbations et problèmes dans le développement entraînent une succession d'événements qui

diminuent la capacité d'adaptation et augmentent la probabilité de voir survenir des problèmes affectifs et comportementaux dans le futur. Bien que les enfants maltraités qui font face à ces problèmes potentiels dans leur développement ne développeront pas tous une forme de psychopathologie, ils sont à plus haut risque de connaître des problèmes affectifs et d'adaptation, incluant l'agressivité et la violence[77].

Conséquences initiales

Les enfants maltraités peuvent présenter divers symptômes physiques, affectifs et comportementaux indiquant une détresse ou des blessures sévères. Les signes physiques les plus aigus et importants chez les enfants victimes de violence physique sont les marques externes de blessures physiques, allant de contusions, lacérations, cicatrices et écorchures, jusqu'à des brûlures, entorses ou os brisés. De même, des blessures internes peuvent être présentes, telles que des blessures à la tête (provenant de violentes secousses ou du contact avec un objet dur), des fractures des os et des blessures intra-abdominales (au foie ou à la rate, par exemple). Dans le cas de morts d'enfants liées ou potentiellement liées à l'abus ou à la négligence, il est crucial d'élaborer un système de catégorisation national, uniforme permettant de partager l'information de façon précise[78].

Les enfants qui ont été victimes de négligence physique ou affective ont tendance à présenter moins de signes apparents de blessures physiques ou de carences dans leur développement, à l'exception d'un arrêt de croissance[79]. Les enfants négligés peuvent également présenter des signes liés à une hygiène dentaire déficiente, une mauvaise nutrition, la malpropreté ou un manque de vêtements adéquats. Les enfants qui ont été victimes d'abus sexuel peuvent voir leur santé compromise par des problèmes au niveau des voies urinaires, par des problèmes d'ordre gynécologique, des maladies transmises sexuellement (incluant le SIDA) et la grossesse[8]. D'autres symptômes ou indices physiques aigus observés chez les victimes d'abus sexuel incluent des maux de tête, des maux d'estomac, une modification de l'appétit, des vomissements et une sensibilité au toucher de parties spécifiques[80].

Les symptômes affectifs et comportementaux de la maltraitance à l'égard des enfants varient grandement parmi les enfants victimes d'abus physique. Étant donné le manque de surveillance et d'orientation par un adulte, les activités exploratoires des enfants négligés manquent de structure, et ils font preuve de peu de concentration et d'un manque de sécurité dans la poursuite de ces activités. Les enfants trottineurs négligés font preuve de peu de persévérance et d'enthousiasme, démontrent beaucoup d'affect négatif, un refus d'obéir et peu d'affect positif, mais ils demeurent tout de même dépendants de leur mère[81]. À l'âge préscolaire, les enfants négligés démontrent peu de maîtrise de leurs impulsions et exigent de la part des enseignants soutien et attention[82].

Environ un tiers des enfants victimes d'abus sexuel ne présentent aucun symptôme apparent, et deux tiers d'entre eux démontrent un rétablissement considérable dans les 12 à 18 mois suivant l'abus. Les chercheurs et les cliniciens admettent cependant la possibilité que les symptômes puissent émerger plus tard[24]. Les peurs générales et spécifiques à l'abus, les réactions affectives déficientes ou excessives (intensification de la colère, anxiété, fatigue, dépression, passivité), la difficulté à se concentrer ou à maintenir sa concentration et le retrait ou le manque d'intérêt pour les activités habituelles figurent parmi les symptômes affectifs de l'abus sexuel les plus importants. Ces symptômes de détresse peuvent s'accompagner d'un déclin dans le rendement scolaire, le comportement ou les relations avec les pairs. Des symptômes comportementaux peuvent également être présents, tels qu'une régression (incontinence nocturne, énurésie, encoprésie, besoin de s'accrocher aux autres, pleurs excessives, crises de colère, appréhension), des problèmes liés au sommeil et des cauchemars, des comportements auto-destructeurs (blessures volontaires, comportements à risque), l'hyperactivité, l'absentéisme scolaire, des fugues ou la pseudo-maturité[23]. À mesure que l'enfant approche de l'adolescence, les comporte-

ments de passage à l'acte peuvent inclure la délinquance, l'utilisation de drogues, la permissivité sexuelle et la prostitution.

Développement social

Le développement social des enfants maltraités est souvent affecté en des zones cruciales, telles l'empathie, les relations avec les pairs ainsi que les ressources et le soutien de la famille. Leurs relations avec les pairs reflètent les modèles de relations qu'ils connaissent le mieux, c'est-à-dire celles impliquant une victime et un agresseur[83]. Les comportements qui peuvent s'être avérés adaptatifs avec les donneurs de soin, tels que l'hypervigilance et la peur, se développent : les enfants deviennent très sensibles aux menaces et aux situations dangereuses. Cependant, ces stratégies entrent en conflit avec les nouveaux défis que posent l'école et les groupes de pairs. Par conséquent, les enfants ayant des antécédents de mauvais traitements sont plus sensibles aux stimuli agressifs et interprètent les intentions de leurs pairs et de leurs professeurs comme étant plus hostiles qu'elles ne le sont en réalité.

Les mauvais traitements peuvent nuire aux stratégies d'adaptation cognitives, affectives et comportementales des enfants. Malgré tout, plusieurs enfants et adolescents réussissent à relever de façon adéquate les défis liés au développement et à devenir des adultes équilibrés. Certaines circonstances, telles que la présence d'un adulte bienveillant ainsi que des facteurs individuels, tels qu'une bonne maîtrise du moi, un tempérament accommodant et de bonnes compétences sociales, peuvent aider à atténuer les conséquences néfastes de la maltraitance[30].

Psychologique

La maltraitance à l'égard des enfants perturbe et nuit à plusieurs expériences et processus de développement importants pour l'enfant, entraînant des symptômes importants liés à des problèmes adaptatifs d'internalisation et d'externalisation. Les problèmes d'internalisation incluent la dépression, la détresse émotionnelle et les idées suicidaires chez les enfants qui ont vécu la violence physique, affective et sexuelle[84]. Les traumatismes affectifs résultent du rejet chronique, du manque d'affection, de la trahison ainsi que des sentiments de honte et d'impuissance qui accompagnent les mauvais traitements chroniques infligés par les membres de la famille. Ceux-ci déclenchent chez l'enfant des tentatives de maîtrise des émotions et du comportement, certaines pouvant être adaptées et d'autres non. Par exemple, les plus jeunes enfants ont tendance à se blâmer pour les problèmes de leur famille et la colère de leurs parents, ce qui favorise une perception de soi négative. Certains adolescents et adultes tentent de faire face aux souvenirs désagréables et aux facteurs de stress actuels en faisant usage abusif de l'alcool et de la drogue, dans un vain effort pour réduire temporairement ou éviter leur détresse et leur douleur émotionnelle chronique[85]. La toxicomanie peut également contribuer à maintenir l'estime de soi et à réduire le sentiment d'isolement des jeunes.

Les problèmes d'externalisation, qui se manifestent tout au long du développement des enfants maltraités, incluent un comportement agressif, une faible maîtrise de soi et des relations sociales difficiles. Non seulement les enfants maltraités sont plus agressifs envers leurs pairs, mais ils démontrent également d'autres comportements sociaux indicateurs d'une faible maîtrise d'eux-mêmes, d'un manque de concentration et d'émotions négatives, telles qu'un manque d'enthousiasme et une résistance à l'autorité. Les conséquences des mauvais traitements ont généralement été décrites comme un risque accru chez les hommes de développer une personnalité antisociale et de connaître des problèmes d'alcoolisme chez les femmes[86]. Bien que plusieurs enfants ayant subi des mauvais traitements ne deviennent pas des délinquants violents, il existe une relation significative entre l'expérience de la maltraitance et l'âge moyen à la première infraction, la fréquence d'infractions, la proportion de délinquants chroniques[87], et la probabilité de reproduire la violence physique et sexuelle chez le jeune adulte de sexe masculin surtout[88].

Psychosexuel

L'abus sexuel peut mener à une sexualisation traumatique où les connaissances et les comportements sexuels des enfants prennent des formes impropres à leur développement. La sexualisation traumatique est davantage susceptible de survenir suite à des situations où l'enfant doit produire une réponse sexuelle ou est entraîné ou forcé à prendre part aux actes[89]. Les enfants peuvent tenter de sexualiser leurs relations interpersonnelles en embrassant ou en serrant dans leurs bras — sans discrimination — des adultes ou des enfants inconnus, ce qui est relativement peu commun chez les enfants non victimes d'abus sexuel. Cependant, pour d'autres, le comportement sexuel est associé à de fortes émotions telles que la peur, le dégoût, la honte et la confusion. Ces sentiments peuvent se traduire par des perceptions déformées du corps et de la sexualité pouvant mener, dans certains cas, à des problèmes de poids, des troubles liés à l'alimentation, une mauvaise santé physique et des comportements auto-destructeurs sur le plan physique tels que mentionnés précédemment[90]. Bien que les comportements sexualisés soient plus communs chez les enfants victimes d'abus sexuel qui sont plus jeunes, ils ressurgissent parfois à l'adolescence sous forme de permissivité sexuelle, de prostitution, d'agression sexuelle et de persécution des autres[91].

Scolaire

Les enfants maltraités ont plus souvent tendance à démontrer des faiblesses et des retards dans leur développement cognitif et leur rendement scolaire. La cause de ces problèmes a été attribuée au manque de stimulations à la maison à cause de parents trop préoccupés par l'image d'obéissance et de bonne conduite de leur enfant, au détriment de son besoin d'explorer, de relever de nouveaux défis et d'être exposé à une variété de stimuli cognitifs et sociaux. Les enfants négligés et victimes d'abus physique présentent des habiletés verbales et mathématiques équivalentes à celles d'enfants ayant deux ans de moins qu'eux et obtiennent des notes plus basses. Ils ont également plus de problèmes de discipline à l'école et obtiennent plus de suspensions[92]. Malheureusement, les différences de quotient intellectuel et d'habileté à lire sont toujours présentes à l'âge adulte[93]. Les enfants victimes de négligence, en particulier, ont les problèmes les plus sévères et les plus variés à l'école. Ils ont un rendement inférieur à celui d'autres enfants maltraités à des tests standardisés de lecture, de langue et de mathématique[94]. Les enfants victimes d'abus sexuel sont plus à risque de connaître des problèmes au niveau de leur rendement scolaire et de leur capacité à se concentrer sur une tâche, des absences plus fréquentes de l'école ainsi qu'une évaluation par les professeurs de timidité-anxiété[95].

Niveau individuel : agresseur adulte

Historique des mauvais traitements

L'expérience des agresseurs adultes au sein de leur famille d'origine a été parmi les premiers problèmes à faire surface lors d'études cliniques. Les abus physiques et affectifs constituent des facteurs importants dans l'examen des antécédents des enfants qui reproduisent le cycle de la violence. De telles expériences dans l'enfance augmentent la probabilité qu'un individu se retrouve par la suite impliqué dans des relations coercitives avec ses pairs, ses partenaires et ses propres enfants[96]. L'étude des antécédents des agresseurs sexuels révèle également qu'il existe un lien entre le fait d'avoir été abusé durant l'enfance et le fait de commettre des actes violents contre les autres, bien que ce lien ne soit ni bien compris ni inévitable[97].

Stress et activation physiologique

Les chercheurs étudiant la violence envers les enfants ont décrit les parents abusifs comme étant impulsifs et démontrant peu de tolérance à la frustration. L'activation physiologique peut augmenter la propension à l'agression, surtout si les individus croient que la source de cette activation provoque la colère[98]. L'activation négative peut nuire à la capacité de résoudre des problèmes de façon rationnelle, à tel point que la conscience que l'individu a de ses actions se confond avec l'urgence de se venger. Cette association entre l'activation et le comportement de l'enfant

peut survenir graduellement, lors de contacts ou de conflits quotidiens entre le parent et l'enfant, ou plus soudainement lors d'affrontements difficiles et stressants.

Psychosexuel

L'adaptation psychosexuelle des agresseurs adultes a été décrite en termes de carences dans la formation des relations. Cette explication met l'accent sur des expériences négatives dans l'enfance, incluant l'abus sexuel et d'autres formes de mauvais traitements, qui amènent l'individu à aborder les relations intimes de façon prudente et méfiante[99]. Un adolescent qui a été exploité ou qui a connu des relations malsaines, par exemple, peut justifier l'utilisation de la force ou d'actes abusifs envers les plus petits ou les plus faibles, parce que ses autres efforts ont échoué[100]. L'intérêt et l'excitation sexuels se confondent alors avec le besoin d'intimité affective, ce qui peut mener à l'obsession et à la permissivité sexuelles. De plus, à mesure que son effort en vue d'obtenir l'intimité recherchée par des contacts sexuels s'intensifie, la probabilité d'aggraver la déviance sexuelle augmente. Les agresseurs sexuels, en tant que groupe, sont plus susceptibles de développer des carences sociales et relationnelles, incluant l'isolement et la difficulté à former des relations affectives intimes basées sur la confiance mutuelle.

Santé physique et psychologique

Il existe une relation entre certains aspects de la santé psychologique des agresseurs adultes et leur propension à infliger des mauvais traitements, en lien avec les dimensions principales de la personnalité associées aux divers types de maltraitance. Les donneurs de soin négligents se retirent lors de situations stressantes, tandis que les parents abusifs deviennent réactifs sur les plans affectif et comportemental[101]. Les parents négligents tentent de gérer le stress provoqué par l'éducation des enfants et la famille en ayant recours à la fuite ou à l'évitement, ce qui peut non seulement avoir des conséquences sévères pour l'enfant mais également augmenter la probabilité de toxicomanie ou d'autres types de problèmes semblables liés à une mauvaise gestion du stress[102]. Les dimensions de la personnalité associées à certains types d'abus sexuel incluent un style interpersonnel timide et peu assuré, tandis que dans d'autres cas, on observe plutôt une faible maîtrise des impulsions et un style interpersonnel dominateur[103].

Des études épidémiologiques ont confirmé la présence d'un lien important entre les mauvais traitements envers les enfants et la toxicomanie des parents. Une enquête nationale réalisée aux États-Unis auprès de 1681 familles maltraitantes a rapporté que près de 11 % des répondants avait des problèmes de dépendance à l'alcool ou aux drogues qu'ils identifiaient comme un facteur de stress majeur pour la famille[104]. Dans une étude similaire, les adultes ayant des problèmes d'alcool ou de drogues avait une probabilité 2,7 fois plus élevée d'avoir des comportements physiquement abusifs et 4,2 fois plus élevée de négliger leurs enfants[105]. Dans l'étude ontarienne d'incidence, on soupçonnait l'existence d'un problème de consommation abusive d'alcool dans 13 % des enquêtes, et de drogues dans 7 % des cas (avec un chevauchement entre les deux dans 70 % des cas). En général, la toxicomanie était associée de façon significative à un plus grand danger pour l'enfant, un plus haut taux de récidive et de retrait permanent de l'enfant de son milieu par la cour ainsi qu'à une non-observance thérapeutique plus importante[106].

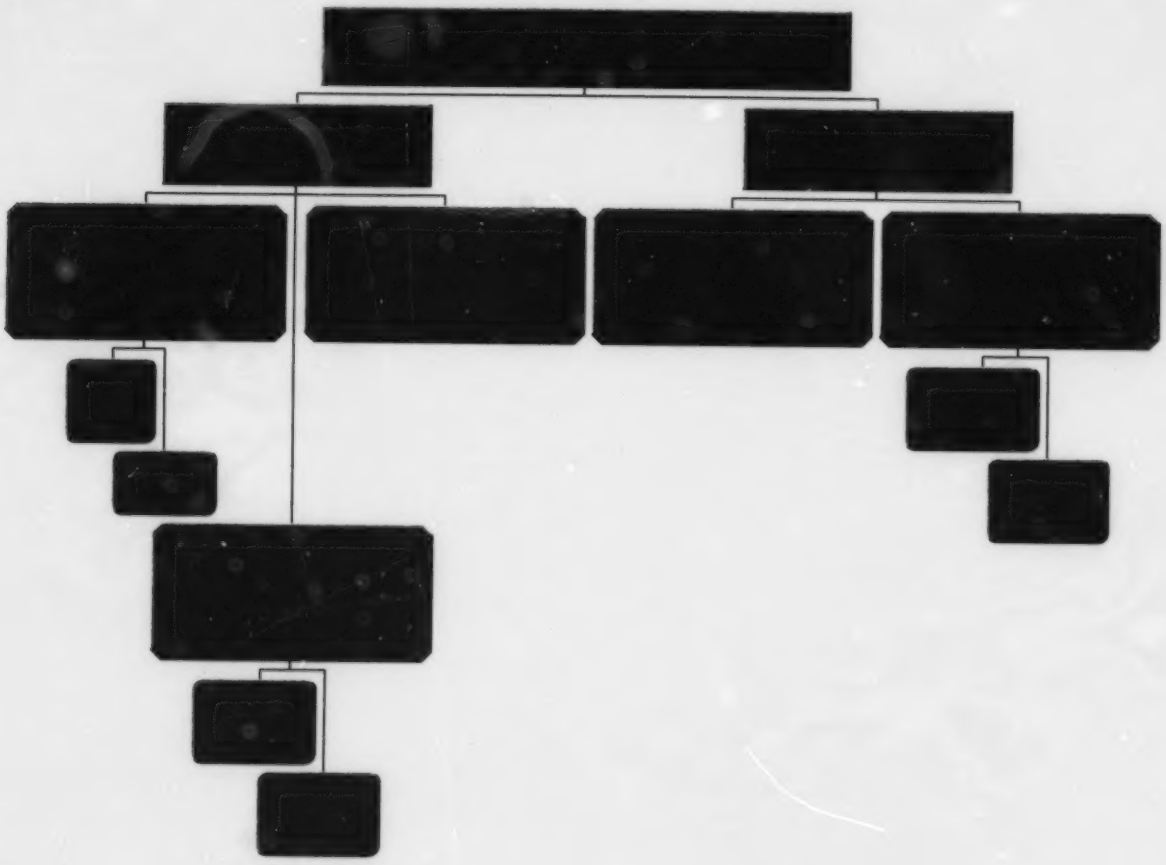
Développement de l'enfant

Niveau individuel : enfant victime

État du développement

Le rôle potentiel de l'enfant dans le phénomène de la maltraitance a été examiné attentivement, parce que les parents maltraitants attribuent souvent leur propre comportement à la mauvaise conduite de leur enfant. Cependant, aucune des caractéristiques des enfants, telles que l'âge, le sexe, le tempérament, le faible poids à la naissance, l'hyperactivité, les troubles de comportement ou un handicap n'a été associée à un risque plus élevé de mauvais traitements après qu'un contrôle

Figure 9
Développement de l'enfant



statistique des facteurs liés à l'adulte et à l'environnement ait été effectué[8]. Néanmoins, les caractéristiques particulières du développement de l'enfant devraient faire partie du cadre conceptuel pour la surveillance, afin de noter la présence de facteurs de risque prénataux (tels que l'exposition aux toxines, à l'alcool ou aux drogues, et les blessures), et d'un handicap de l'enfant, telles la déficience mentale, l'hyperactivité avec déficit de l'attention et autres conditions neurobiologiques et du développement. Bien que les enfants ne soient jamais responsables des mauvais traitements qui leur sont infligés, certains handicaps ou conditions spécifiques peuvent jouer un rôle dans la persistance ou l'intensification des mauvais traitements entraînant ainsi un risque accru pour l'enfant.

Perturbations du développement

La maltraitance à l'égard des enfants affecte également le type d'attachement de l'enfant, processus continu et crucial débutant entre l'âge de 6 et 12 mois et qui offre normalement à l'enfant une base sécuritaire et cohérente afin d'apprendre et d'explorer son monde[107]. Sur un plan longitudinal, les enfants maltraités qui démontrent des problèmes d'attachement tôt dans leur vie ont plus grande probabilité de connaître un déclin dans leur capacité à se développer pendant les deux premières années de leur vie, particulièrement dans des domaines importants tels que l'élocution, le langage et les interactions sociales[108].

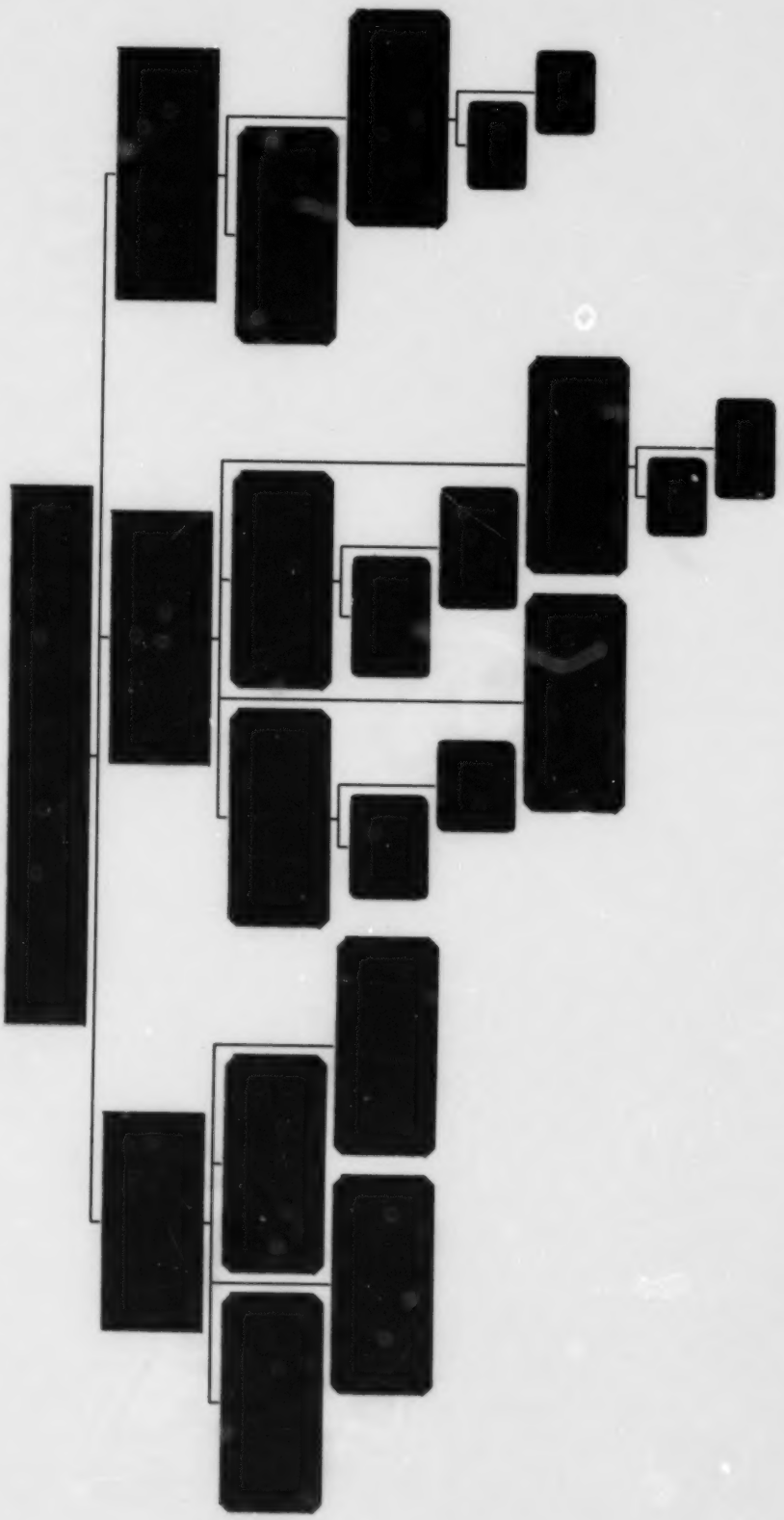


Figure 9
Développement de l'enfant (suite)

L'attachement parent-enfant et le climat à la maison jouent également un rôle important dans la régulation des émotions, un autre jalon important du développement. La régulation des émotions se rapporte à la capacité de moduler ou de maîtriser l'intensité et l'expression des sentiments et des impulsions, surtout les plus intenses, de façon adaptée[109]. Les problèmes affectifs et comportementaux que connaissent les enfants maltraités peuvent s'expliquer par leur tentative de réguler leurs émotions fortes, en se montrant par exemple excessivement obéissants ou en demeurant négatifs et résistants. Les difficultés de modulation peuvent également expliquer les réactions dépressives et les accès de colère intenses dont font preuve certains enfants, adolescents ou adultes maltraités, tel que mentionné précédemment.

État de la santé et des traitements

Il n'y a pas, dans la littérature, de données longitudinales sur les soins médicaux et le développement physique des enfants maltraités, en dépit de l'importance évidente de telles informations pour le développement général de l'enfant. Par conséquent, le cadre conceptuel inclut la surveillance des blessures premières des enfants maltraités et de leur guérison, ainsi que les données de santé qui y sont associées. Une partie de cette surveillance devrait inclure les traitements et les soins médicaux, dentaires et psychologiques existant au moment du dévoilement et également lors de suivis par des agents communautaires.

Niveau individuel : adulte agresseur

Style parental

La maltraitance à l'égard des enfants est rarement un événement isolé ou prémédité, mais survient plutôt dans le contexte de l'éducation des enfants. Les différents styles parentaux ont un rôle dans le réseau de surveillance dans la mesure où ils constituent la base à partir de laquelle doivent être élaborés les programmes d'éducation des parents au sujet des pratiques parentales éducatives adéquates et inadéquates. Par exemple, un examen des interactions quotidiennes entre des parents abusifs et leurs enfants démontre que de tels parents ont moins de comportements positifs durant leurs interactions avec leurs enfants et avec d'autres membres de leur famille[28]. En comparaison des membres d'autres familles, ceux de familles où les enfants sont maltraités présentent moins d'interactions. De plus, leurs interactions ont tendance à être plus négatives et à comporter des formes excessives de contrôle physique et verbal qui excèdent les exigences de la situation.

Attentes liées à l'éducation des enfants

Des études indiquent que les parents maltraitants sont peu familiers avec leur rôle parental et ont des connaissances et des croyances atypiques à propos du comportement et du développement normal d'un enfant[110]. Certains déficits et déformations peuvent jouer un rôle dans les perceptions et les jugements que les parents portent sur le comportement de leur enfant, perceptions qui peuvent justifier l'usage de la force ou leur comportement négligent. Ils interprètent le comportement de l'enfant comme étant mal et réagissent rapidement, sans considérer les explications simples ou les circonstances, ce qui provoque des réactions explosives et abusives[111]. Des attentes irréalistes et des attributions de mauvaises intentions peuvent mener à la punition de l'enfant pour sa mauvaise conduite et peuvent aussi mener le parent à ignorer les explications et à faire moins usage de méthodes d'éducation positives[112]. Les parents considèrent que leur enfant mérite une punition sévère, ce qu'ils justifient par la croyance que cette punition leur permettra de maintenir le contrôle. Ainsi, les parents maltraitants peuvent introduire dans leurs interactions avec leurs enfants diverses attentes et connaissances négatives à propos de leurs enfants et d'eux-mêmes en tant que parents.

Niveau familial

Conflit et violence

Les chercheurs évaluent que dans 30 % à 60 % des familles où il y a maltraitance à l'égard des enfants ou violence conjugale, l'autre forme de violence survient

également[113]. Stras et Gelles ont trouvé que les hommes qui affirment battre leur femme rapportent aussi davantage abuser leur enfant (c'est-à-dire que 50 % des pères qui avaient maltraité leur femme 3 fois ou plus dans l'année avaient également maltraité leurs enfants 3 fois ou plus pendant la même période de temps)[114]. L'Étude ontarienne d'incidence a rapporté que l'on soupçonnait la violence conjugale dans 17 % des enquêtes. Aussi, des études portant sur les conflits conjugaux ont démontré que l'intensification de l'activation émotionnelle et de l'agression accompagnant les conflits entre adultes se transmettaient aux interactions avec l'enfant, et que les conflits et la violence conjugale survenaient le plus souvent lors de désaccords au sujet de l'éducation des enfants, de la discipline et de la responsabilité de chaque partenaire quant aux soins à donner aux enfants[115].

Efficacité des pratiques éducatives

Les circonstances familiales, telles que les conflits, la violence et le stress, peuvent provoquer une intensification du cycle de l'agitation et de la violence, où le comportement des enfants représente une source de stress supplémentaire pour la relation conjugale et envenime une situation déjà explosive. Non seulement la violence conjugale et l'agitation dans la famille effraient et troublent l'enfant, mais les conséquences de tels événements, allant de changements dans la situation financière ou le logement à la perte de l'unité familiale et de la sécurité, prolongent le stress et les effets nuisibles au développement de l'enfant[116].

Supervision de l'enfant

Certains facteurs situationnels augmentent la vulnérabilité des enfants aux mauvais traitements. Les agresseurs sexuels d'enfants, par exemple, perçoivent ceux-ci comme étant plus vulnérables s'ils connaissent des problèmes familiaux, passent beaucoup de temps seuls et s'ils manquent d'assurance; les agresseurs admettent également qu'ils préfèrent des victimes attrayantes, confiantes et jeunes[117]. Afin d'attirer l'enfant, ils recherchent des circonstances qui font en sorte qu'il y ait relâchement de la surveillance parentale ou qui représentent pour eux une occasion de s'impliquer, telles la non-disponibilité des parents, la maladie, le stress, la violence conjugale ou un manque d'intimité émotionnelle avec l'enfant (qui sont tous des éléments du cadre conceptuel). Un revenu modeste et l'isolement social augmentent également le risque pour l'enfant d'être victime de mauvais traitements parce que les ressources et les circonstances favorables au soin de l'enfant et à sa sécurité peuvent être inadéquates[30]. La surveillance de ces facteurs peut mener à des stratégies de prévention qui visent à améliorer la supervision des enfants par les adultes et à réduire l'exposition des enfants aux situations qui présentent des risques.

Planification familiale

Les parents maltraitants ont tendance à avoir plusieurs enfants dont l'âge est rapproché et une famille plus nombreuse[8]. Ces caractéristiques familiales méritent une surveillance continue en vue de la prévention et de l'éducation communautaires. De telles données incluent des informations sur la planification de la grossesse, son effet sur les attitudes parentales et le style de vie, la contribution financière du père biologique, la préparation des parents et leurs compétences en matière d'éducation des enfants.

Niveau communautaire

Cette section aborde plusieurs actions importantes pouvant être entreprises par la communauté, telles que l'identification et la poursuite en justice des agresseurs ou l'offre de services de prévention et d'intervention précoces aux familles à risque.

Poursuite judiciaire et témoignage de l'enfant

L'obtention de données systématiques sur la poursuite en justice des individus accusés de maltraitance à l'égard des enfants représente un élément essentiel du cadre conceptuel. Des poursuites judiciaires peuvent ne pas être engagées dans des cas d'abus physique et sexuel par appréhension des effets que pourrait avoir

une poursuite sur la santé mentale de l'enfant. On craint aussi que l'enfant soit incapable de présenter une preuve crédible lors du procès. Seulement 3 % à 4 % des enfants victimes d'abus sexuel et connus des organismes de protection officiels témoigneront lors d'un procès au criminel[118]. Cependant, environ 50 % des cas soumis à la justice requièrent le témoignage de l'enfant à une étape ou l'autre de la procédure légale, telle que l'audience préliminaire[119]. Donc, la surveillance doit inclure des modifications aux procédures du tribunal afin de s'adapter aux enfants témoins, telles que la reconnaissance de témoignages recueillis sur bande magnétoscopique, l'utilisation d'écrans à vision unique afin de protéger l'enfant de l'accusé, l'admission de déposition sur la foi d'autrui au nom d'un enfant maltraité et le recours à des services éducatifs destinés aux enfants afin de les préparer à témoigner en cour. Le témoignage d'experts sur des questions liées aux symptômes psychologiques des enfants maltraités (tels que le retrait de la plainte, le dévoilement tardif, le besoin d'un témoignage sur écran ou en circuit fermé ainsi que la suggestibilité et la mémoire des enfants) est également un aspect important qui affecte la mise en application de la loi et la poursuite en justice pour cause de mauvais traitements[120]. Ces importantes réformes doivent être surveillées afin de déterminer leur efficacité et leur effet d'ensemble.

Coordination des services

L'organisation par la communauté d'efforts coordonnés et cohérents, tels que des comités de coordination pour faciliter l'enquête ainsi que l'offre de services et de formation au personnel travaillant auprès d'enfants maltraités, aide à prévenir et à intervenir en cas de maltraitance à l'égard des enfants. Les programmes de santé publique, telles les visites à domicile par des professionnels — infirmiers, infirmières ou travailleurs sociaux — représentent une autre approche communautaire prometteuse pour la coordination des services de santé et des services sociaux.

Localisation des agresseurs

Les communautés doivent s'appliquer à identifier les agresseurs sexuels, puisqu'ils peuvent réapparaître dans d'autres communautés et dans des postes de confiance. Ces agresseurs peuvent offrir des services et des activités qui correspondent aux intérêts et aux valeurs des enfants et des familles, ce qui leur donne accès aux enfants et les aide à dissimuler leur comportement. La localisation des agresseurs requiert une coordination aux niveaux fédéral et provincial en plus des efforts au niveau communautaire, puisque l'on découvre souvent lors d'une enquête que l'individu était connu ou soupçonné ailleurs d'avoir agressé des enfants. Un meilleur échange d'informations pertinentes entres les communautés et les organismes est un projet important pour la planification de la surveillance.

Protection des enfants

Bien que des services de protection de l'enfance soient disponibles dans chaque province et communauté, le rôle et l'efficacité de ces services varient considérablement. Une partie du réseau de surveillance devrait inclure des données relatives aux ressources en matière de protection de l'enfance, telles que le nombre de familles d'accueil et d'établissements spécialisés, le nombre moyen de cas dont chaque travailleur social doit assurer le suivi, le pourcentage du budget total destiné à la prévention et à l'extension des services à la communauté et d'autres questions similaires. La disponibilité et la qualité de la formation offerte aux travailleurs sociaux préposés à la protection de la jeunesse représentent un deuxième aspect de la protection de l'enfance, étant donné le rôle crucial et la portée considérable qu'ils ont dans chaque communauté.

Niveau sociétal/culturel

Les facteurs sociétaux et culturels jouent un rôle crucial, bien que varié et indirect, dans la fréquence et la prévalence des mauvais traitements infligés aux enfants. Le cadre conceptuel reconnaît l'importance des politiques sociales en vue de modifier l'acceptation par la population de facteurs pouvant favoriser

indirectement la violence envers les enfants, tels que les châtiments corporels, et également de certains facteurs culturels dont le rôle potentiel de soutien aux familles saines peut ne pas avoir été complètement exploité. Les pratiques éducatives et les politiques en matière de santé publique sont deux éléments importants pour le réseau de surveillance de l'enfance maltraitée.

Pratiques éducatives

Les pratiques éducatives ont connu des changements drastiques au cours des 50 dernières années. Cependant, aujourd'hui encore, plusieurs parents donnent la fessée à leurs enfants, bien qu'ils doutent de l'efficacité de cette méthode[121]. Les normes culturelles varient selon les régions géographiques, et le châtiment corporel peut être bien accepté en tant qu'élément central, même nécessaire, de la discipline dans un endroit alors qu'ailleurs, il est banni. Cependant, des études suggèrent que même la quantité de «violence de routine» subie par un enfant, comme être frappé avec un objet ou puni physiquement, est reliée de façon significative au comportement délinquant violent ultérieur[122].

Les châtiments corporels demeurent un sujet controversé important pour la surveillance puisque, en l'absence de normes universelles, la définition de ce qu'est une punition «raisonnable» dépend des normes locales et du jugement des parents. La maltraitance à l'égard des enfants peut également être influencée, à un niveau culturel plus général, par des possibilités limitées d'apprendre les méthodes éducatives adéquates, par une difficulté à recevoir l'éducation et le soutien nécessaires et par de vieilles coutumes qui justifient l'utilisation de la force physique dans la résolution des conflits avec les enfants.

Politiques en matière de santé publique

Du point de vue de la santé publique, on peut diminuer la fréquence de la maltraitance à l'égard des enfants par des initiatives de prévention primaire visant de large portions de la population, que ces populations présentent ou non des symptômes préoccupants. L'identification des groupes à cibler est guidée par les résultats d'études épidémiologiques ayant révélé certaines caractéristiques propres aux populations qui connaissent ce problème, telles que le fait de vivre dans un milieu défavorisé. La prévention primaire s'effectue au niveau de la population générale plutôt qu'au niveau individuel et on constate donc son efficacité par la réduction des taux de maltraitance dans les populations ciblées, telles qu'une communauté ou un comté particulier.

ANALYSE

Cette section traite de la façon dont le cadre conceptuel peut orienter les priorités de futures initiatives en matière de surveillance. Un objectif principal d'une stratégie épidémiologique planifiée consiste à favoriser une démarche axée sur la santé publique visant à prévenir la maltraitance envers les enfants. Une telle stratégie ne devrait pas faire obstacle aux initiatives en matière de traitement et d'intervention précoce déjà en place. Elle est plutôt conçue afin d'aborder le problème très répandu de la maltraitance à l'égard des enfants à partir d'une position plus générale et fondamentale.

En résumé, le cadre conceptuel vise principalement à identifier la portée et la nature des informations constituant le réseau de surveillance de l'enfance maltraitée. Parce que les taux de maltraitance envers les enfants sont influencés par plusieurs niveaux d'action, il est nécessaire d'adopter une stratégie détaillée réunissant des tendances très variées. Le cadre conceptuel est de type écologique, ce qui permet de prendre en compte la nature de la maltraitance à l'égard des enfants et ses multiples niveaux qui sont en interaction. L'attention est orientée vers le rôle des influences sociétales qui sont particulièrement importantes quand les familles sont exposées aux effets importants de la pauvreté, des risques à la santé et des stresseurs présents dans l'environnement.

Une force majeure du cadre conceptuel est qu'il aborde de façon détaillée toutes les formes de mauvais traitements, établissant des liens entres les éléments théoriques et empiriques qui leur sont communs et soulignant leurs caractéristiques importantes et uniques. Les théories et données de recherche sont étudiées selon quatre principaux niveaux d'analyse : les caractéristiques individuelles des enfants victimes et des adultes agresseurs, les caractéristiques familiales, les facteurs communautaires ainsi que les influences sociétales et culturelles.

Le cadre conceptuel est cependant limité par le manque d'études canadiennes sur l'épidémiologie et les conséquences de la maltraitance à l'égard des enfants. La majorité des données de recherche rapportées ici sont tirées d'études américaines. Certaines données proviennent également du Royaume-Uni et de l'Australie. À cause de l'influence importante de la littérature provenant des États-Unis, certains de ces résultats pourraient ne pas toujours s'appliquer au contexte canadien.

Le manque de connaissances dans certains domaines ayant une importance théorique, principalement à cause de l'état sous-développé de la théorie et de la recherche sur la maltraitance à l'égard des enfants en général, représente également un défi pour l'élaboration du cadre conceptuel. Les conséquences économiques de la maltraitance envers les enfants en sont une illustration. En dépit de demandes d'information sur l'impact économique à court et à long terme de différentes formes de mauvais traitements, il existe peu de données pouvant représenter une évaluation raisonnable de ces coûts. À cet égard, un autre élément limitant est le manque général d'information sur le rôle des facteurs culturels et sociétaux dans l'étiologie ou la réaction aux mauvais traitements. Si les perspectives théoriques actuelles mettent l'accent sur l'influence directe des macro-facteurs sur l'éducation des enfants et sur la maltraitance, il n'y a eu que peu d'examens empiriques de ces données (à l'exception importante d'études discutées ici sur le rôle de la structure du quartier dans les taux de mauvais traitements). Une augmentation des initiatives de surveillance contribuera à une meilleure compréhension de ces facteurs.

Développement d'une capacité nationale de surveillance de l'enfance maltraitée

Le cadre conceptuel pour la surveillance de l'enfance maltraitée vise à guider l'identification des

sources d'information actuelles et futures. L'incidence et la prévalence seraient idéalement déterminées par des sondages en population générale nécessitant un échantillon prélevé au hasard afin de déterminer les schémas typiques relatifs aux mauvais traitements. Cependant, cette méthode est limitée à cause du manque de définitions précises et de l'utilisation d'informations auto-révélées. Les méthodes de surveillance ont donc pour but de suivre de près non seulement les incidents rapportés de maltraitance, mais également de surveiller les facteurs clés contribuant à ses causes et à ses conséquences. On peut estimer le taux de non-signalement des mauvais traitements infligés aux enfants à partir de certaines informations clés telles que des blessures inexpliquées, qui peuvent ne pas avoir été rapportées officiellement à la protection de la jeunesse.

Un plan d'action est décrit ci-dessous relativement aux priorités et aux partenariats nécessaires afin de développer une capacité de surveillance.

Priorités, partenaires et ressources

L'application de ce cadre conceptuel à l'élaboration d'un réseau de surveillance commence par la formulation de priorités et d'objectifs. Les recommandations quant aux priorités et aux partenariats sont décrites dans le Tableau 1. Ces priorités sont basées sur l'utilisation des systèmes, déjà existants ou étendus, se retrouvant dans la population pour faire la collecte et l'analyse de données relatives aux déterminants plus généraux de la santé, suivi d'efforts de surveillance plus spécifiques et détaillés.

L'étape initiale consiste à faire l'inventaire des systèmes de données fédéraux et provinciaux déjà en place afin de déterminer dans quelle mesure ils correspondent aux variables clés composant le cadre conceptuel, et à élargir ces systèmes afin d'y inclure l'information jugée nécessaire. Par exemple, les données provenant de sources existantes telles que les recensements, les sondages portant sur l'enfance et la jeunesse ainsi que Statistique Canada, peuvent correspondre à des facteurs clés de la surveillance tels que la structure familiale, la prise en charge et les conditions dans le foyer. L'information clé provenant de la population générale — telle que de l'information sur le dévoilement, par les enfants, de la maltraitance — n'étant pas recueillie par des partenaires potentiels à l'heure actuelle pourrait alors être obtenue par des propositions ciblées faites à des établissements de recherche (Tableau 1).

Les priorités secondaires et tertiaires requièrent des partenariats plus étendus et des études détaillées dans plusieurs cas. Le Tableau 1 illustre certains efforts de collaboration incluant les initiatives gouvernementales et de l'information provenant de secteurs spécifiques tels que la police, les hôpitaux et les praticiens. Par exemple, la pauvreté et l'aide sociale (des variables clés du «revenu et de la situation sociale») peuvent être surveillées au niveau fédéral par des statistiques et des sondages en population générale. Cependant, des informations plus détaillées et spécifiques peuvent être obtenues par l'ajout de données provinciales sur les coûts de l'aide sociale, sur les soins médicaux et dentaires pour les foyers à faible revenu avec des enfants ainsi que sur les coûts et les services liés aux soins prénataux. Ces recommandations concernant les priorités et les partenariats ont pour but d'offrir des exemples et ne sont d'aucune façon exhaustives. Une consultation avec des partenaires potentiels s'avérerait utile afin d'améliorer et de clarifier le type de données actuellement disponibles et les méthodes nécessaires afin d'obtenir des informations supplémentaires.

Exemples de partenariats et de collaboration

Le cadre conceptuel a été développé en consultation avec des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux responsables de la surveillance, de la prévention, de l'éducation et des politiques en matière d'enfance maltraitée dans différents pays. Plusieurs de ces organisations (telles que l'American Humane Association; le Kempe Center for the Prevention of Child Abuse and Neglect; l'Organisation mondiale de la santé; l'Organisation pan-américaine de la santé; et le U.S. Center for Disease Control) ont exprimé leur

Tableau 1
Priorités pour les variables clés du cadre conceptuel, avec des exemples de partenariats

	Priorité 1 : Niveau de la population générale	**Priorité 2 : Niveau du secteur**	**Priorité 3 : Avancé**
REVENU ET SITUATION SOCIALE			
Pauvreté / aide sociale	Fédéral : données de Statistique Canada sur la pauvreté et le revenu; prestations d'aide sociale par province	Provincial : données relatives à l'aide sociale; soins dentaires et médicaux; soins et services prénataux; proportion de travailleurs sociaux/population	Régional : groupes de surveillance; recherche : études transversales établissant une corrélation entre les taux d'aide sociale et de maltraitance
Famille et structure du quartier	Fédéral : données provenant du recensement	Municipal : données relatives au logement; dossiers criminels de la police	
Emploi	Fédéral : données relatives à l'emploi par secteur, par région	Provincial : initiatives ciblées en matière de formation à l'emploi	
Coûts médicaux et impact économique	Établissements de recherche : études de suivi de victimes	Provincial : frais hospitaliers pour les cas déclarés de mauvais traitements	
Discrimination / inégalité	Sondages en population générale sur les opinions publiques et les expériences	Provincial : incidents de violence domestique et de violence envers les enfants tels que rapportés à la police; Programme de déclaration uniforme de la criminalité de Statistique Canada	
SOUTIEN SOCIAL			
Isolement / soutien social	Établissements de recherche : études transversales de perception du soutien disponible	Municipal : centres de santé mentale infantile et centres de counseling familial	
Dévoilement	Établissements de recherche : études transversales sur le dévoilement par les enfants	Provincial : Services de protection de l'enfance : repérer les sources de dévoilement par les enfants; Hôpitaux : protocoles d'évaluation	Municipal : politiques scolaires et formation
Accès aux ressources	Fédéral : enquêtes sur l'accessibilité et les obstacles; données relatives au transport	Centres de ressources pour enfants et parents; programmes d'extension des services; interprètes culturels	
Prise en charge	Établissements de recherche : enquête sur les enfants et les jeunes	Provincial : données provenant des services de protection de l'enfance; formation pour les familles d'accueil	Municipal et provincial : Association des familles d'accueil
Déménagements et perturbations des enfants	Fédéral : étude longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes	Provincial : dossiers scolaires	Établissements de recherche : études transversales
Garde d'enfants et droits de visite		Provincial : procédures devant le tribunal de la famille impliquant des allégations d'abus; Demandes d'Aide juridique	Municipal : centres d'accès supervisés

Tableau 1
Priorités pour les variables clés du cadre conceptuel, avec des exemples de partenariats (suite)

	Priorité 1 : Niveau de la population générale	**Priorité 2 : Niveau du secteur**	**Priorité 3 : Avancé**
ÉDUCATION			
Préparation au rôle parental	Fédéral : efforts en vue d'une intervention précoce; enquêtes	Provincial : écoles, programmes visant à inclure les parents adolescents; dossiers de la santé publique	
Formation académique	Fédéral/Provincial : données relatives à l'alphabétisation; décrochage scolaire	Provincial (ministères de l'éducation) : obligation de suivre un cours d'éducation familiale	
Initiatives scolaires et communautaires	Fédéral : protocoles à suivre dans le cas de dévoilements multiples	Provincial/Municipal : commissions scolaires : formation obligatoire ou facultative; protocoles; politiques en matière de prévention et de sensibilisation; niveaux de financement	Municipal : écoles : activités élaborées par les étudiants; Conseils sur la violence faite aux enfants : financement; efforts en vue de coordonner les services
Formation des professionnels	Fédéral : enquêtes sur les normes relatives à la formation des professionnels	Provincial : organisations professionnelles; cours universitaires	
Médias	Fédéral : Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes; groupes de surveillance sur la violence dans les médias	Provincial : initiatives en matière de publicité; semaines de sensibilisation	
Recherche	Fédéral/Provincial : financement du Conseil; types de bourses/ subventions; centres de recherche	Général : publications des établissements de recherche canadiens sur la maltraitance envers les enfants	
Mesures judiciaires / législatives	Fédéral : Procureur général : formation pour les juges/procureurs; sentences; Solliciteur général : protocole et formation du corps policier	Provincial : sanctions à la suite de condamnations; données policières sur la pornographie et la prostitution juvénile	
Sexisme	Fédéral : enquêtes; données de Statistique Canada		
ENVIRONNEMENT PHYSIQUE			
Problématique des sans-abri	Fédéral : Ministère traitant de la problématique des sans-abri; Société canadienne d'hypothèques et de logement	Provincial/Municipal : données sur les refuges	
Conditions dans le foyer	Fédéral : données de Statistique Canada relatives aux blessures; chercheurs : enquêtes sur l'enfance et la jeunesse; Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes	Provincial : rapports provenant des hôpitaux; dossiers de la santé publique; rapports des Services de protection à l'enfance; ministère des affaires autochtones; conseils de bande	Municipal : pompiers
Structure du quartier	Fédéral : Statistique Canada : modèles / changements dans la population	Provincial : places dans les garderies, règlements	Municipal : taux de vacance des logements; normes et sécurité dans les terrains de jeux
Sécurité dans le quartier	Fédéral : rapports sur la criminalité; Programme de déclaration uniforme de la criminalité de Statistique Canada	Provincial/Municipal : dossiers des hôpitaux; Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes	Dossiers provenant des programmes de surveillance dans les quartiers; données provenant du programme Parents-secours

Tableau 1
Priorités pour les variables clés du cadre conceptuel, avec des exemples de partenariats (suite)

	Priorité 1 : Niveau de la population générale	**Priorité 2 : Niveau du secteur**	**Priorité 3 : Avancé**
ADAPTATION PERSONNELLE ET CAPACITÉS D'ADAPTATION			
Facteurs liés aux enfants	Fédéral : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes; Enquête nationale sur la santé de la population; établissements / conseils de recherche : enquêtes/études représentatives pourraient être commandées	Provincial : données provenant des Services de protection à l'enfance; dossiers scolaires; dossiers des hôpitaux; communautés autochtones; Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes	Établissements de recherche : études transversales; centres de santé mentale infantile;
Facteurs liés aux adultes	Fédéral : établissements / conseils de recherche : études/enquêtes représentatives	Provincial : dossiers du Ministère des affaires correctionnelles	Établissements de recherche : études transversales; praticiens : données médicales et psychologiques; services cliniques liés au tribunal
DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT			
Facteurs liés aux enfants	Établissements de recherche : études/enquêtes représentatives; Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes; Dossiers des coroners en chef et des médecins légistes en chef	Provincial : dossiers des Services de protection de l'enfance; dossiers des hôpitaux (traumatismes/ santé)	Praticiens : données médicales et psychologiques
Facteurs liés aux adultes	Établissements de recherche : études/enquêtes représentatives (par exemple, les punitions corporelles); Enquête nationale sur la santé de la population	Provincial : dossiers des Services de protection de l'enfance; dossiers des hôpitaux (blessures/ santé); dossiers policiers	Praticiens : données médicales et psychologiques
Facteurs liés à la famille	Établissements de recherche : études/enquêtes représentatives	Provincial : dossiers policiers; dossiers des Services de protection de l'enfance (formation/ressources)	Établissements de recherche : études transversales
Facteurs communautaires	Fédéral : données du Procureur général sur les procédures des tribunaux pour enfants;	Provincial/Municipal : programmes victime-témoin; Soliciteur Général et Affaires correctionnelles (traquer les agresseurs)	Municipal : Conseils sur la violence envers les enfants (efforts de coordination)
Socio-culturel	Fédéral : établissements de recherche : études/enquêtes représentatives (éducation des enfants)	Provincial : initiatives en matière de santé publique	

intérêt à l'égard de ce cadre conceptuel et l'ont jugé utile à la planification et à la mise en oeuvre de futures initiatives en matière de surveillance et de prévention.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a été l'un des plus importants partenaires ayant contribué à l'élaboration et à la future mise en oeuvre du cadre conceptuel. L'OMS a fait une priorité de l'identification de différents types de mauvais traitements à travers le monde, incluant des estimations de l'ampleur de différentes formes de violence et des conséquences en matière de santé publique. Elle cherche à élaborer des définitions opérationnelles des différents types de mauvais traitements et à développer des systèmes de données et une méthodologie qui pourront servir à évaluer quantitativement les conséquences des mauvais traitements et d'autres formes de violence sur la mortalité, la morbidité et la qualité de vie des populations dans différents pays.

Les buts et objectifs du cadre conceptuel pour la surveillance de l'enfance maltraitée correspondent aux priorités et aux mesures définies par l'OMS. Plus spécifiquement, en ce qui concerne l'enfance maltraitée, l'OMS tente de :

- faire un inventaire des systèmes de recueil de données en place dans différents pays qui ont pour but d'amasser, d'analyser et d'utiliser l'information sur la maltraitance à l'égard des enfants et sur d'autres formes de violence similaires;
- développer des mesures précises, abordables et valides en vue d'amasser de l'information sur la violence non mortelle ainsi que sur ses coûts et ses conséquences;
- élaborer une typologie et des définitions de différents types de violence ainsi que des comportements à risques et des conséquences qui y sont associés;
- faciliter l'élaboration et l'adaptation d'une méthodologie de recherche afin de décrire et de mieux mesurer la violence dans ses différentes formes, incluant ses déterminants et ses conséquences physiques, psychologiques et sociales;
- promouvoir et offrir du soutien technique en vue de compiler des analyses de données locales et nationales portant sur différents types de violence, ainsi qu'en vue d'établir des comparaisons au niveau international (les analyses doivent prendre en compte les perspectives des deux sexes ainsi que celles de différents groupes basés sur l'équité);
- réaliser des sondages sur la violence au niveau du district ou de la communauté afin de déterminer la nature et l'ampleur de la violence interpersonnelle, surtout envers les femmes, les enfants et les adolescents;
- s'assurer que l'information amassée est diffusée et utilisée de façon adéquate.

Un autre exemple de partenariat et de collaboration est représenté par le projet de Santé Canada intitulé *La violence envers les enfants : Signalement et classification des cas dans les établissements de santé*[9], qui soutient la recherche ayant pour but d'identifier la façon dont les cas de violence envers les enfants sont classifiés et rapportés dans certains hôpitaux pour enfants sélectionnés. Ce projet a réalisé des enquêtes dans ces hôpitaux afin de déterminer leurs critères de décision en matière d'identification et de signalement des cas de mauvais traitements envers les enfants. Il a également fait une revue de la législation actuelle et de la jurisprudence concernant le devoir de signaler. Les résultats de ce projet ont des répercussions directes sur le cadre conceptuel, surtout en ce qui concerne l'amélioration de la surveillance, en milieu hospitalier, des mauvais traitements. De plus, ce projet a contribué à l'identification des besoins en matière de formation des professionnels oeuvrant dans le milieu hospitalier, la clarification des questions concernant la confidentialité et le non-signalement ainsi que la responsabilité dans les cas de non-signalement et de biais de déclaration. Finalement, il a contribué à l'amélioration de la compréhension des définitions des différentes formes de mauvais traitements envers les enfants.

Le WorldSAFE (World Studies of Abuse in Family Environment), issu d'une collaboration internationale, est une initiative similaire en matière d'épidémiologie susceptible de contribuer aux efforts de développement d'un réseau national de surveillance[123]. Worldsafe a été développé par un groupe de médecins et de spécialistes des sciences sociales travaillant avec l'International Clinical Epidemiology Network (INCLEN). Ils ont élaboré, en réaction au grand manque de reconnaissance des problèmes liés à la maltraitance à l'égard des enfants et à la violence domestique dans plusieurs parties du monde, un protocole pour la réalisation d'études parallèles portant sur la violence domestique et la violence envers les enfants dans leurs pays. Depuis 1992, ils ont développé et amélioré un instrument conçu afin d'étudier des échantillons de mères (âgées de 15-49 ans) tirés de la population générale au sujet de leur expérience de la violence domestique et de formes sévères de punition pouvant être considérées abusives. L'instrument pose également aux mères des questions concernant des facteurs de risque et de protection liés à la violence familiale, tels que la consommation d'alcool, leurs propres expériences avec la violence dans l'enfance, l'isolement et les relations sociales ainsi que l'utilisation de ressources et de services sociaux. Les expériences et les méthodes de cette initiative internationale peuvent contribuer au développement de partenariats éventuels.

Éléments à prendre en considération

Sous-groupes de la population ayant des besoins particuliers. Le développement d'un réseau national de surveillance de l'enfance maltraitée peut combler certaines lacunes dans l'information dont nous disposons au sujet des populations ayant des besoins particuliers, telles que les communautés autochtones, les enfants en institutions et en foyers d'accueil, les immigrants récents et les personnes handicapées. Ces populations peuvent ne pas être représentées adéquatement dans les systèmes de données actuels à cause des barrières linguistiques et des moyens de contact limités par les méthodes de sondage courantes.

L'élaboration de protocoles spécialisés de recueil de données afin d'enquêter sur les déterminants des facteurs de santé dans ces populations de façon plus spécifique pourrait améliorer cet état de fait. Un protocole d'entrevue élaboré en collaboration avec des personnes appartenant à ces groupes permettrait de clarifier les différences culturelles dans la définition des termes et des comportements liés aux déterminants de la santé et de la maltraitance à l'égard des enfants. Des enquêteurs pourraient réaliser des entrevues individuelles au sein de communautés sous-représentées dans les autres systèmes de données et sélectionnées de façon aléatoire. Ces entrevues incluraient des personnes clés provenant de différents secteurs (tels que la police, la gestion hospitalière et la santé publique) ainsi qu'avec les enfants, les jeunes et les membres de familles vivant dans ces communautés.

Sources de données. L'identification de sources de données se rapportant aux aspects clés du cadre conceptuel doit également être prise en considération. Choi décrit plusieurs sources de données existant au Canada[124], ce qui pourrait s'avérer utile à la surveillance de l'enfance maltraitée. Celles-ci incluent les bases de données nationales telles que les statistiques des hôpitaux et les *Enquêtes nationales sur la santé de la population* (incluant l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*). Le Canada dispose également de bases de données d'intérêt médical et non médical rapportées sur une base volontaire qui sont susceptibles d'offrir de l'information spécifique se rapportant à la violence et à la négligence (telle que les services aux victimes, les groupes de surveillance, etc.). Cependant, pour que ces différentes sources d'information constituent un bénéfice maximal pour les différents aspects du cadre conceptuel, des méthodes doivent être développées afin de relier les dossiers provenant de bases de données actuelles et d'en créer des nouvelles plus utiles. Certaines informations du cadre conceptuel ne sont pas amassées de façon systématique, tandis que d'autres données sont disponibles dans la population générale. Une première étape est donc de cataloguer les sources de données disponibles et pertinentes au

cadre conceptuel ainsi que d'identifier leurs lacunes majeures et mineures. Le Tableau 1 offre certaines recommandations à cet égard.

Perfectionner le cadre conceptuel. Les initiatives en matière de surveillance contribuent à la documentation et à la compréhension des causes et des effets de certains troubles ou phénomènes tels que la maltraitance envers les enfants. Cette information cruciale contribue ensuite au développement de méthodes efficaces permettant de prévenir et de réduire l'incidence de tels événements. En fait, la prévention de la maltraitance à l'égard des enfants nécessite la définition concrète de la nature et de l'étendue du problème ainsi que l'analyse de ses facteurs communs et la compréhension de leur interaction. Le cadre conceptuel représente le début de cette étape intégrative importante : sa valeur et ses lacunes émergeront davantage avec sa mise en oeuvre. Des suggestions pour les étapes suivantes nécessaires à la mise en oeuvre d'un système de surveillance complet et à long terme incluent de nombreuses activités clés[125] :

- Des tables rondes peuvent être organisées afin d'identifier les principaux intervenants et personnes intéressées et d'aider à établir les priorités en termes d'objectifs et de méthodes associés au système de surveillance.
- L'ensemble des indicateurs discutés ici peut être amélioré en organisant des ateliers de concertation regroupant des experts de différentes disciplines afin de développer des procédures et des définitions de travail des déterminants de la santé choisis comme sujet d'étude.
- Les bases de données existantes devraient être revues afin de déterminer la présence des indicateurs prioritaires et la façon d'accéder à ces bases de données.
- De même, on peut également évaluer et améliorer la qualité des bases de données actuelles. Les lacunes dans la disponibilité de l'information clé peuvent être identifiées, et les méthodes pour développer et amasser de l'information supplémentaire se rapportant à la surveillance peuvent être élaborées.

Avantages éventuels du cadre conceptuel. En plus de contribuer à la surveillance, l'information amassée pour le cadre conceptuel peut servir aux efforts nationaux et provinciaux visant à réduire la maltraitance à l'égard des enfants. De l'information plus détaillée et pertinente peut permettre de sensibiliser davantage le public et les professionnels à la problématique de la maltraitance envers les enfants. Le développement de programmes d'intervention et de prévention plus ciblés pourrait également tirer profit de données obtenues en population générale portant sur la relation entre la maltraitance à l'égard des enfants et certains déterminants spécifiques de la santé, tels que le chômage, le manque de logements, etc. Finalement, les résultats basés sur les déterminants clés de la santé tels qu'identifiés par le cadre conceptuel contribueront à promouvoir la recherche rigoureuse au plan scientifique qui pourra guider le développement de politiques et d'autres progrès au niveau national.

Répercussions de la surveillance de l'enfance maltraitée

Politiques publiques et santé publique

Les initiatives en matière de politiques et de santé publiques peuvent contribuer de nombreuses façons à prévenir ou à réduire la maltraitance à l'égard des enfants aux niveaux fédéral, provincial ou local. Les gouvernements peuvent établir des registres et d'autres types de systèmes similaires afin de réduire le risque que des individus susceptibles de commettre des actes de violence (soit à cause de leur conduite passée ou de facteurs de risque associés) récidivent, en exigeant, par exemple, la divulgation d'informations pertinentes afin de protéger le public contre les délinquants sexuels violents. Bien que ce type de règlements ne mette pas directement l'accent sur le comportement du criminel, il a des conséquences directes. Les gouvernements peuvent également imposer des sanctions criminelles plus sévères aux individus ayant enfreint les lois, afin de

protéger le public. Finalement, ils peuvent soutenir financièrement les initiatives en matière de prévention et de services communautaires ainsi que leur évaluation.

Les gouvernements peuvent éduquer le public, diffuser l'information et offrir du soutien technique aux communautés qui tentent de prévenir la maltraitance à l'égard des enfants. De plus, chaque province et territoire peut améliorer et mieux définir les mandats des groupes de professionnels quant à la formation et au signalement. L'application des politiques peut nécessiter une formation sur la violence domestique, la violence envers les enfants et la résolution de conflits pour tous les étudiants en techniques policières, médecine et sciences infirmières, les enseignants et autres personnes des professions d'aide qui ont la responsabilité de rapporter leurs soupçons liés à la violence envers les enfants.

Les provinces et les territoires peuvent réformer leurs systèmes de protection de la jeunesse de façon à maximiser la sécurité des enfants pour qui l'on documente la maltraitance chaque année. Elles peuvent également contribuer à garder ces enfants dans des environnements qui favorisent une croissance et un développement sains. Certaines communautés aux États-Unis se dirigent maintenant vers des systèmes de protection de la jeunesse se situant au niveau du quartier, qui responsabilisent la communauté face à ce problème et relient les soutiens et services formels et informels afin que la protection de la jeunesse ne soit plus uniquement considérée comme la responsabilité du gouvernement[125].

Les gouvernements peuvent intervenir afin de modifier les conditions qui mènent à la maltraitance en offrant des services de prévention, d'intervention précoce et du soutien aux familles, ainsi qu'en réformant la façon dont les services sont organisés et dispensés, particulièrement dans les communautés plus pauvres. Des exemples d'améliorations dans les services touchent les soins prénataux, l'éducation dans la petite enfance, les centres de ressources familiales et les traitements en matière de santé mentale et de toxicomanie. Les systèmes de services peuvent être réformés afin d'être plus complets, centrés sur la prévention et adaptés au quartier. Des changements dans le concept et le contrôle des logements sociaux sont une autre façon de modifier le taux de maltraitance envers les enfants dans une communauté.

Finalement, les gouvernements peuvent avoir une influence sur de vastes questions associées à la qualité de vie au niveau culturel, surtout par des interventions économiques. La discussion des facteurs contribuant au cadre conceptuel a été marquée par le thème de la relation entre l'inégalité, le désavantage d'ordre social et l'incidence de la maltraitance à l'égard des enfants, une relation qui a été observée de façon constante pendant trois décennies de recherche. Par conséquent, les efforts en vue de réduire l'incidence et la prévalence de la maltraitance à l'égard des enfants requièrent l'élaboration de politiques en matière d'aide sociale qui tiennent compte de ces influences de façon cohérente et significative.

Prévention

On reconnaît de plus en plus qu'il est possible d'élaborer et de mettre en oeuvre des stratégies en matière de santé publique visant à prévenir ou à réduire la maltraitance à l'égard des enfants. Le cadre conceptuel peut contribuer de façon significative à ces efforts. Les stratégies de prévention pertinentes à la surveillance de l'enfance maltraitée incluent les interventions universelles et spécifiques qui peuvent avoir lieu dans certaines localités à travers le pays. Les interventions universelles sont généralement positives, comportent peu de risques et sont adaptées aux normes et aux attentes de différents groupes culturels. Les interventions spécifiques conviennent davantage aux membres de certains groupes ayant démontré, lors d'études épidémiologiques, un risque plus élevé de développer des problèmes psychologiques, tels que les enfants provenant de familles ou de quartiers défavorisés.

Chez les enfants et les jeunes ayant subi différentes formes de mauvais traitements, les préventions primaire et secondaire sont probablement les plus aptes à prévenir les conséquences néfastes et la violence dans les relations subséquentes. L'intervention à un stade précoce du processus de la formation des relations peut rétablir les séquences normales de développement, comme l'empathie et la maîtrise de soi, ainsi que minimiser les risques de blessures et de mal causés par l'exposition à des modèles adultes abusifs. Le chemin qui mène de l'expérience de la violence dans l'enfance à devenir violent ou abusé dans les relations subséquentes, bien que significatif, n'est en aucun cas direct, inévitable ou irréversible. Plusieurs événements circonstanciels, tels que la disponibilité d'un adulte bienveillant, ainsi que certaines qualités, telles qu'un tempérament accommodant et de bonnes compétences sociales, peuvent contribuer à atténuer ces conséquences.

Les programmes de prévention universels et spécifiques ciblent souvent la communauté au sens large ou même la société afin d'influencer le plus grand nombre de personnes possible ainsi que les causes et les conséquences les plus importantes de la maltraitance à l'égard des enfants. Les programmes de prévention universels pourraient représenter l'une des répercussions les plus importantes, en matière de prévention, des activités de surveillance à venir. L'amélioration des compétences (tel que des programmes d'éducation des parents), la sensibilisation du public et les services d'information ainsi que les interventions ciblant les populations plus vulnérables pendant des périodes de transition et de stress (tel que des programmes d'aide aux parents et de soutien à la famille) sont des exemples de ces stratégies. La dernière décennie se caractérise par une croissance lente mais graduelle des efforts en vue de développer et d'élargir ces programmes, et leur importance potentielle justifie leur inclusion dans le cadre conceptuel.

La stratégie visant le soutien familial est un exemple particulier d'une stratégie de prévention universelle offrant un ensemble de services centrés sur la famille. Les services primaires (l'éducation sur les soins et les stimulations à donner aux bébés, par exemple) peuvent être offerts aux parents, sans pour autant identifier des groupes particuliers. Cette façon d'aborder la prévention présente l'avantage majeur d'offrir des services aux familles avant que la maltraitance ne soit détectée et étiquetée, offrant un accès plus positif et fructueux aux systèmes de protection de l'enfance et des soins de santé.

Plutôt que d'attendre que des événements déplorables surviennent, les stratégies de prévention tentent d'offrir une aide précoce et peu importune. Le but n'est donc plus d'identifier les méfaits des parents, mais bien de favoriser un équilibre optimal entre les besoins de l'enfant, les compétences du parent et l'ampleur et le type de stress vécu par les membres de la famille. Cependant, ce modèle nécessite une répartition des ressources et un engagement professionnel différents de ce que l'on observe présentement.

L'expansion des programmes de visites à domicile tels que développés dans le domaine de la santé publique afin de promouvoir, sur une base universelle, la sécurité des bébés et des jeunes enfants, est prometteuse[126]. On s'accorde également de plus en plus pour dire que ces programmes doivent être centrés sur les quartiers. En effet, plusieurs enfants sont non seulement susceptibles d'être victimes de violence et de négligence dans leur foyer, mais également dans leur quartier et dans leur école, et cela nécessite une collaboration considérable entre les différents systèmes de services. Ainsi, les premiers efforts devraient peut-être cibler des quartiers et des communautés à risque plutôt que de s'attarder à un seul client (victime potentielle) à la fois.

L'expansion des programmes de prévention primaire dans les écoles, fruit d'un partenariat entre les étudiants, les enseignants, les parents et les organismes communautaires possédant les connaissances et les compétences en matière de maltraitance envers les enfants, représente une autre orientation prometteuse.

Les programmes s'adressant aux adolescents doivent aborder des thèmes qui correspondent à leurs intérêts et à leur vécu, tels que la violence dans les fréquentations amoureuses, et doivent également inclure du counselling, tel que le support par les pairs et les modèles de pairs. De plus, les campagnes d'éducation publique doivent adapter leurs efforts de sensibilisation afin d'intégrer différentes optiques et différents besoins liés à des facteurs démographiques, tels que le sexe, la race et la classe sociale. Les communautés doivent dépasser le stade de la sensibilisation et offrir des stratégies très spécifiques et pratiques concernant ce qu'un citoyen ordinaire peut faire contre la violence et la négligence. Ces stratégies doivent être assez spécifiques pour permettre à un individu d'aider un ami ou collègue de travail à prendre des mesures contre un agresseur ou à s'occuper d'une victime qu'ils connaissent, tout en assurant leur propre sécurité. De plus, les messages plus généraux doivent renseigner les gens sur ce qu'ils peuvent faire contre les problèmes de maltraitance à l'égard des enfants dans leur communauté[127].

En conclusion, la surveillance de l'enfance maltraitée et les initiatives en matière de prévention en sont au stade de formation en Amérique du Nord. Pour que de vrais progrès soient accomplis, le public et le gouvernement devront s'engager à faire de la prévention une priorité à long terme, comme pour les campagnes de prévention des blessures par l'utilisation de la ceinture de sécurité, de promotion de la protection de l'environnement, de diminution de la consommation d'alcool au volant ainsi que de réduction du taux de tabagisme et des risques de santé associés. Bien qu'il soit encourageant de constater le nombre croissant de programmes innovateurs à travers le monde qui tentent de prévenir la maltraitance et d'en réduire les conséquences, plusieurs lacunes existent aussi à cause du stade de développement embryonnaire du domaine, du manque de ressources et des limites de la recherche. Ainsi, le défi concerne toujours le dépassement des programmes locaux de peu d'envergure, disséminés dans différentes communautés, pour passer à l'évaluation et à la réalisation d'études exhaustives à grande échelle en vue de soutenir l'efficacité d'initiatives actuelles et futures. Un engagement clair de tous les niveaux de gouvernement sera nécessaire afin de remédier à ces problèmes, avec l'objectif d'établir une approche cohérente, coordonnée et intégrée pour chaque communauté.

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la santé. *Report of the consultation on child abuse prevention*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1999.
2. U.S. Advisory Board on Child Abuse and Neglect. *Child abuse and neglect: critical first steps in response to a national emergency*. Washington : U.S. Government Printing Office, 1990.
3. Sedlak AJ, Broadhurst DD. *Third national incidence study of child abuse and neglect: final report*. Washington : U.S. Department of Health and Human Services, 1996.
4. Bensel RW, Rheinberger MM, Radbill, SX. Children in a world of violence: The roots of child maltreatment. Dans : Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD (éds). *The battered child*. Chicago : University of Chicago Press, 1997:3–28.
5. United Nations General Assembly. *Adoption of a convention on the rights of the child*. New York : United Nations, 1989;A/Res/44/25.
6. Trocmé N, Wolfe DA. *Child maltreatment in Canada: selected results from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect*. Ottawa : Minister of Public Works and Government Services Canada, 2001.
7. National Research Council (United States). *Understanding child abuse and neglect*. Washington : National Academy Press, 1993.
8. Loo SK, Bala NMC, Clark ME, Hornick JP. *La violence envers les enfants: Signalement et classification des cas dans les établissements de santé*. Ottawa : ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1998.
9. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1994;18:409–17.
10. National Center on Child Abuse and Neglect (United States). *Child maltreatment 1996: reports from the states to the National Center on Child Abuse and Neglect*. Washington : U.S. Government Printing Office, 1997.
11. Straus MA, Gelles RJ. Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *Marriage Family* 1986;48:465–79.
12. MacMillan HL, Fleming JE, Trocme N, et coll. Prevalence of child physical and sexual abuse in the community: results from the Ontario health supplement. *JAMA* 1997;278(2):131–35.
13. Trocme N, McPhee D, Tam KK, Hay T. *Ontario incidence study of reported child abuse and neglect*. Toronto : University of Toronto, 1994.
14. Broadbent A, Bentley R. *Child abuse and neglect Australia 1995-96*. Canberra : Australian Institute of Health and Welfare, 1997.
15. Garbarino J. The role of economic deprivation in the social context of child maltreatment. Dans : Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD (éds). *The battered child*. 5e éd. Chicago : University of Chicago Press, 1997:49–60.
16. Trocmé N, Wolfe D. *Child maltreatment in Canada: selected results for the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect*. Ottawa, Ontario : ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001.
17. Finkelhor D. The victimization of children: a developmental perspective. *Am J Orthopsychiatry* 1995;65:177–93.
18. Hartman CR, Burgess AW. Sexual abuse of children: causes and consequences. Dans : Cicchetti D, Carlson V (éds). *Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge : Cambridge University Press, 1989;95–128.
19. Salter AC. *Treating child sex offenders and victims: a practical guide*. Beverly Hills, Californie : Sage, 1988.
20. Herrenkohl RC, Herrenkohl EC, Egolf BP. Circumstances surrounding the occurrence of child maltreatment. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:424–31.

21. Singer MI, Hussey DL, Strom KJ. Grooming the victim: an analysis of a perpetrators's seduction letter. *Child Abuse Negl* 1992;16:877–86.

22. Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, et coll. A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1992;16:101–18.

23. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. The impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull* 1993;113:164–80.

24. Wolfe DA. *Child abuse: implications for child development and psychopathology*. Thousand Oaks, Californie : Sage, 1987.

25. Gaines R, Sandgrund A, Green AH, Power E. Etiological factors in child maltreatment: a multivariate study of abusing, neglecting, and normal mothers. *J Abnorm Psychol* 1978;87:531–40.

26. Gelles RJ. Child abuse as psychopathology: a sociological critique and reformulation. *Am J Orthopsychiatry* 1973;43:611–21.

27. Wolfe DA. Child abusive parents: an empirical review and analysis. *Psychol Bull* 1985;97:462–82.

28. Finkelhor D. *Child sexual abuse: new theories and research*. New York : Free Press, 1984.

29. Cicchetti D, Lynch M. Failures in the expectable environment and their impact on individual development: the case of child maltreatment. Dans : Cicchetti D, Cohen DJ (éds). *Developmental psychopathology, Volume 2: risk, disorder, and adaptation*. New York : Wiley, 1995;32–71.

30. Garbarino J, Stocking SH. *Protecting children from abuse and neglect*. San Francisco : Jossey-Bass, 1980.

31. Gil DG. *Violence against children: physical child abuse in the United States*. Cambridge, Massachusetts : Harvard University Press, 1970.

32. Garbarino J. The human ecology of child maltreatment: a conceptual model for research. *Marriage Family* 1977;39:721–35.

33. Pelton LH. Child abuse and neglect: the myth of classlessness. *Am J Orthopsychiatry* 1978;48:608–17.

34. American Humane Association. *Trends in child abuse and neglect: a national perspective*. Denver, Colorado : American Humane Association, 1984.

35. Belsky J. Child maltreatment: an ecological integration. *Am Psychol* 1980;35:320–35.

36. Cicchetti D, Rogosch FA. The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Dev Psychopathol* 1977;9:797–815.

37. Achenbach TM. Conceptualization of developmental psychopathology. Dans : Lewis M, Miller SM (éds). *Handbook of developmental psychopathology*. New York : Plenum, 1990;3–14.

38. Radke-Yarrow M, Brown E. Resilience and vulnerability in children of multiple-risk families. *Dev Psychopathol* 1993;5:581–92.

39. Wolfe DA, Jaffe P. Child abuse and family violence as determinants of child psychopathology. *Can J Behavioural Sciences* 1991;23:282–99.

40. Rutter M. Stress, coping, and development: some issues and some questions. Dans : Garmezy N, Rutter M (éds). *Stress, coping, and development in children*. New York : McGraw-Hill, 1983;1–41.

41. Peterson C, Seligman MEP. Learned helplessness and victimization. *Journal of Social Issues* 1983;39:103–16.

42. Zimmerman MA, Arunkumar R. Resiliency research: implications for schools and policy. *Soc Policy Rep* 1994;8:1–17.

43. Alessandri SM, Lewis M. Differences in pride and shame in maltreated and nonmaltreated preschoolers. *Child Dev* 1996;67:1857–69.

44. Wekerle C, Wolfe DA. Child maltreatment. Dans : Mash EJ, Barkley RA (éds). *Child psychopathology*. New York : Guilford Press, 1996;492–537.

45. Hamilton N, Bhatti T. *Promotion de la santé: Modèle d'intégration de la santé de la population et de la promotion de la santé*. Ottawa : Santé Canada, 1994.

46. Statistique Canada. *People in low income*. Ottawa : Statistique Canada, 1997. Cat n° 13-207-XPB (1997). Disponible à : http://www.statcan.ca/francais/pgdb/people/families/famil4a_f.htm

47. Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. *Future Child* 1997;7:55–71.

48. McLoyd VC. Socioeconomic disadvantage and child development. *Am Psychol* 1998;53:185–204.

49. Drake B, Pandey S. Understanding the relationship between neighborhood poverty and specific types of child maltreatment. *Child Abuse Negl* 1996;20:1003–18.

50. Pelton LH. The role of material factors in child abuse and neglect. Dans : Melton GB, Barry FD (éds). *Protecting children from abuse and neglect: foundations for a new national strategy*. New York : Guilford, 1994;131–81.

51. Trickett PK, Aber JL, Carlson V, Cicchetti. The relationship of socioeconomic status to the etiology and development sequelae of physical child abuse. *Dev Psychopathol* 1991;27:148–58.

52. Melton GB. The improbability of prevention of sexual abuse. Dans : Willis D, Holden EW, Rosenberg M (éds). *Prevention of child maltreatment: developmental and ecological perspectives*. New York : Wiley, 1992;168–92.

53. Coulton, CJ, Korbin JE, Su M, Chow J. Community level factors and child maltreatment rates. *Child Dev* 1995;66:1262–76.

54. Light R. Abused and neglected children in America: a study of alternative policies. *Harv Educ Rev* 1973;43:556–98.

55. Steinberg LD, Catalano R, Dooley D. Economic antecedents of child abuse and neglect. *Child Dev* 1981;52:975–85.

56. Gillham B, Tanner G, Cheyne B, et coll. Unemployment rates, single parent density, and indices of child poverty: Their relationship to different categories of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 1998;22:79–90.

57. Steinhauer PD. Developing resiliency in children from disadvantaged populations. *Canadian health action: building on the legacy, volume 1: children and youth*. Sainte-Foy, Québec : Éditions Multimondes, 1998;47–102.

58. Irazutzta JE, McJunkin JE, Danadian K, et coll. Outcome and cost of child abuse. *Child Abuse Negl* 1997;21:751–7.

59. Coohey C. Child maltreatment: testing the social isolation hypothesis. *Child Abuse Negl* 1996;20:241–54.

60. Korbin JE. Sociocultural factors in child maltreatment. Dans : Melton GB, Barry FD (éds). *Protecting children from abuse and neglect: foundations for a new national strategy*. New York : Guilford, 1994;182–223.

61. Thompson RA. Social support and the prevention of child maltreatment. Dans : Melton GB, Barry FD (éds). *Protecting children from abuse and neglect: foundations for a new national strategy*. New York : Guilford, 1994;40–130.

62. Polansky NA, Gaudin JM, Kilpatrick AC. Family radicals. *Child Youth Services Rev* 1992;14:19–26.

63. Eckenrode J, Rowe E, Laird M, Braithwaite J. Mobility as a mediator of the effects of child maltreatment on academic performance. *Child Dev* 1995;66:1130–42.

64. Comité canadien sur la violence faite aux femmes. *Un nouvel horizon : éliminer la violence – Atteindre l'égalité (rapport final)*. Ottawa : Ministère des approvisionnements et services, 1993.

65. Garbarino J. Family support and the prevention of child maltreatment. Dans : Kagan SL, Powell DR, Weissbourd D, Zigler E (éds). *America's family support programs*. New Haven, Connecticut : Yale University Press, 1987;99–114.

66. Sas L, Hurley P, Hatch A, et coll. *Three years after the verdict: a longitudinal study of the social and psychological adjustment of child witnesses referred to the child witness project*. Rapport final préparé pour la Division de la prévention de la violence familiale, Santé et bien-être Canada, 1993;FVDS #4887-06-91-026.

67. Olds D, Eckenrode J, Henderson CR, et coll. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 1997;278:637–43.

68. Conte JR. Research on the prevention of sexual abuse of children. Dans : Hotaling GT, Finkelhor E, Kirkpatrick JT, Straus MA (éds). *Coping with family violence*. Beverly Hills, Californie : Sage, 1988.

69. National Council of Juvenile and Family Court Judges (United States). *Family violence: emergency programs for battered mothers and their children.* Reno, Nevada : National Council of Juvenile and Family Court Judges, 1998.

70. Marshall WL. Exposure to and inciteful use of hard core pornography by sex offenders. Dans : Surette R (éd). *The media and criminal justice policy: recent research and social effects.* Springfield, Illinois : Charles C. Thomas, 1990;73–85.

71. Huston AC, Donnerstein E, Fairchild H, et coll. *Big world, small screen: the role of television in American society.* Lincoln : University of Nebraska Press, 1992.

72. Weinreb L, Goldberg R, Bassuk E, Perloff J. Determinants of health and service use patterns in homeless and low-income children. *Pediatrics* 1998;102(3 Pt1):554–62.

73. Peressini T, McDonald L, Hulchanski D. *Estimating homelessness: towards a methodology for counting the homeless in Canada*, 1995. Disponible à : http://www.cmhc-schl.gc.ca/schl.html

74. Peterson L, Brown D. Integrating child injury and abuse-neglect research: common histories, etiologies, and solutions. *Psychol Bull* 1994;116:293–315.

75. Korbin JE, Coulton CJ, Chard S, et coll. Impoverishment and child maltreatment in African American and European American neighborhoods. *Dev Psychopathol* 1998;10:215–33.

76. Lynch M, Cicchetti D. An ecological-transactional analysis of children and contexts: the longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. *Dev Psychopathol* 1998;10:235–57.

77. Malinosky-Rummell R, Hansen DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychol Bull* 1993;114:68–79.

78. Christianson-Wood J. *Child death reviews and child mortality data collection in Canada*. Ottawa : Santé Canada, 1999.

79. Benoit D. Failure to thrive and feeding disorders. Dans : Zeanah CH Jr (éd). *Handbook of infant mental health*. New York : Guilford, 1993;317–31.

80. Asher SJ. The effects of childhood sexual abuse: a review of the issues and evidence. Dans : Walker L (éd). *Handbook on* sexual abuse of children. New York : Springer, 1988;3–18.

81. Crittenden PM, Ainsworth M. Attachment and child abuse. Dans : Cicchetti D, Carlson V (éds). *Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect.* New York : Cambridge University Press, 1989;432–63.

82. Erickson M, Egeland B, Pianta R. The effects of maltreatment on the development of young children. Dans : Cicchetti D, Carlson V (éds). *Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect.* New York : Cambridge University Press, 1989;647–84.

83. Dodge KA, Pettit GS, Bates JE. Effects of physical maltreatment on the development of peer relations. *Dev Psychopathol* 1994;6:43–55.

84. Koverola C, Pound J, Herger A, Lytle C. Relationship of child sexual abuse to depression. *Child Abuse Negl* 1993;17:393–400.

85. Herman JL. *Trauma and recovery: the aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York : Basic Books, 1992.

86. Duncan RD, Saunders BE, Kilpatrick DG, et coll. Childhood physical assault as a risk factor for PTSD, depression, and substance abuse: findings from a national survey. *Am J Orthopsychiatry* 1996;66:437–48.

87. Widom CS. The cycle of violence. *Science* 1989;244:160–65.

88. Malamuth NM, Sockloskie RJ, Koss MP, Tanaka JS. Characteristics of aggressors against women: testing a model using a national sample of college students. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:670–81.

89. Cosentino CE, Meyer-Bahlburg HF, Alpert J, et coll. Sexual behavior problems and psychopathology symptoms in sexually abused girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:1033–42.

90. Springs FE, Friedrich WN. *Health risk behaviors and medical sequelae of childhood sexual abuse*. Mayo Clinic Proceedings 1992;67:1–6.

91. Haviland MG, Sonne JL, Woods LR. Beyond post-traumatic stress disorder: object relations and reality testing disturbances in physically and sexually abused adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1054–59.

92. Salzinger S, Kaplan D, Pelcovitz D, Samit C, Kreiger R. Parent and teacher assessment of children's behavior in child maltreating families. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1984;23:458–64.

93. Perez C, Widom C. Childhood victimization and long-term intellectual and academic outcomes. *Child Abuse Negl* 1994;18:617–33.

94. Kurtz PD, Gaudin JM Jr, Wodarski JS, Howing PT. Maltreatment and the school-aged child: school performance consequences. *Child Abuse Negl* 1993;17:581–89.

95. Trickett PK, McBride-Chang C, Putnam FW. The classroom performance and behavior of sexually abused females. *Dev Psychopathol* 1994;6:183–94.

96. Wolfe DA, Wekerle C, Reitzel-Jaffe D, Lefebvre L. Factors associated with abusive relationships among maltreated and non-maltreated youth. *Dev Psychopathol* 1998;10:61–85.

97. Smith DW, Saunders BE. Personality characteristics of father/perpetrators and nonoffending mothers in incest families: individual and dyadic analyses. *Child Abuse Negl* 1995;19:607–17.

98. Berkowitz L. Aversively stimulated aggression: some parallels and differences in research with animals and humans. *Am Psychol* 1983;38:1135–44.

99. Marshall WL. The role of attachment, intimacy, and loneliness in the etiology and maintenance of sexual offending. *Sexual Marital Therapy* 1993;8:109–21.

100. Hudson SM, Ward T. Intimacy, loneliness, and attachment style in sexual offenders. *J Interpersonal Violence* 1997;12:323–29.

101. Hillson JMC, Kuiper NA. A stress and coping model of child maltreatment. *Clin Psychol Rev* 1994;14:261–85.

102. Harrington D, Dubowitz H, Black MM, Binder A. Maternal sustance use and neglectful parenting: relations with children's development. *J Clin Child Psychol* 1995;24:258–63.

103. Hall GCN. Sexual aggression against children: a conceptual perspective of etiology. *Crim Justice Behav* 1992;19:8–23.

104. American Association for Protecting Children. *Highlights of official child neglect and abuse reporting, 1986*. Denver : American Humane Association, 1988.

105. Kelleher K, Chaffin M, Hollenberg J, Fischer E. Alcohol and drug disorders among physically abusive and neglectful parents in a community-based sample. *Am J Public Health* 1994;84:1586–90.

106. Wekerle C, Wall AM. The overlap between relationship violence and substance abuse. Dans : Wekerle C, Wall AM (éds). *The violence and addiction equation: theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence*. Philadelphia : Brunner/Mazel. Sous presse.

107. Cicchetti D, Toth S, Bush M. Developmental psychopathology and incompetence in childhood: Suggestions for intervention. Dans : Lahey BB, Kazdin AE (éds). *Advances in clinical child psychology*. New York : Plenum, 1988;11:1–77.

108. Egeland B, Farber EA. Infant-mother attachment: factors related to its development and changes over time. *Child Dev* 1984;55:753–71.

109. Cicchetti D, Ganiban J, Barnett D. Contributions from the study of high risk populations to understanding the development of emotion regulation. Dans : Dodge K, Garber J (éds). *The development of emotion regulation*. New York : Cambridge University Press, 1990;1–54.

110. Azar ST, Robinson DR, Hekimian E, Twentyman CT. Unrealistic expectations and problem-solving ability in maltreating and comparison mothers. *J Consult Clin Psychol* 1984;52:687–91.

111. Milner JS. Social information processing and physical child abuse. *Clin Psychol Rev* 1993;13:275–94.

112. Azar ST. Models of physical child abuse: a meta-theoretical analysis. *Crim Justice Behav* 1991;18:30–46.

113. Edleson JL. The overlap between child maltreatment and woman battering. *Violence Against Women* 1999;5:134–54.

114. Straus MA, Gelles RJ (éds). *Physical violence in American families*. New Brunswick, New Jersey : Transaction Books, 1990.

115. Cummings EM. Marital conflict, abuse, and adversity in the family and child adjustment: a developmental psychopathology perspective. Dans : Wolfe DA, McMahon RJ, Peters RD (éds). *Child abuse: new directions in prevention and treatment across the lifespan*. Thousand Oaks, Californie : Sage, 1997;1–24.

116. Wolfe DA, Jaffe PJ, Wilson SK, Zak L. Children of battered women: the relation of child behavior to family violence and maternal stress. *J Consult Clin Psychol* 1985;53:657–65.

117. Elliott M, Browne K, Kilcoyne J. Child sexual abuse prevention: what offenders tell us. *Child Abuse Negl* 1995;19:579–94.

118. Saunders BE, Kilpatrick DG, Resnick HS, Hanson RA, Lipovsky JA. *Epidemiological characteristics of child sexual abuse: results from Wave II of the National Women's Study*. Presented at the San Diego Conference on Responding to Child Maltreatment, San Diego, California, 1992.

119. Goodman GS, Pyle-Taub E, Jones DPH, et coll. *Testifying in criminal court: the effects on child sexual assault victims*. Monographs of the Society for Research on Child Development 1992;57:Serial No. 229, No. 5.

120. Sas L, Wolfe DA, Gowdey K. Children and the courts in Canada. *Crim Justice Behav*, 1996;23:338–57.

121. Gallup Organization. *Disciplining children in America: a Gallup poll report*. Princeton, New Jersey : Gallup Organization, 1995.

122. Straus MA, Donnelly DA. *Beating the devil out of them: corporal punishment in American families*. New York : Lexington Books/Macmillan Inc, 1994.

123. Runyan D. *World studies of abuse in family environments (WorldSAFE)*. Disponible à : Department of Social Medicine, Campus Box 7240, University of North Carolina, Chapel Hill, NC 27599, USA, 1999.

124. Choi BCK. La surveillance épidémiologique au 21e siècle sous diverses optiques. *Mal Chronic Can* 1998;19(4):145–51.

125. Melton GB, Barry FD. Neighbors helping neighbors: the vision of the U.S. Advisory Board on Child Abuse and Neglect. Dans : Melton GB, Barry FD (éds). *Protecting children from abuse and neglect: foundations for a new national strategy*. New York : Guilford, 1994;1–13.

126. Center on Child Abuse Prevention Research (United States). *Intensive home visitation: a trial, follow-up, and risk assessment study of Hawaii's healthy start program*. Chicago : National Committee to Prevent Child Abuse, 1996.

127. Sudermann M, Jaffe P. Prevention of general violence and violence against women: school and community-based strategies. Dans : National Forum on Health (éd). *Determinants of health: settings and issues*. St. Foy, Québec : Éditions MultiMondes, 1998;273–310.

2

Un cadre épidémiologique pour la

surveillance de l'enfance maltraitée

Lilian Yuan, MD, MSc

INTRODUCTION

La maltraitance envers les enfants représente un sujet important dans le domaine de la santé publique, qui a des répercussions sérieuses sur la santé physique et psychologique ainsi que sur le développement dans l'enfance et plus tard dans la vie[1]. En dépit de son importance, il est difficile d'estimer de façon exacte son ampleur dans la population générale. Le secret entoure souvent ces cas à cause de la honte, de la stigmatisation sociale et de la responsabilité criminelle qui y sont associées. Cependant, des statistiques continues portant sur la maltraitance envers les enfants sont essentielles à l'élaboration de stratégies de prévention et d'intervention.

Au Canada, des études en population générale, telles le Supplément sur l'Enquête sur la santé en Ontario (SESO) et l'Étude ontarienne d'incidence (EOI), ont permis d'obtenir des estimations de prévalence et de l'incidence de la maltraitance. Dans le SESO de 1990, qui incluait un échantillon aléatoire de 9 953 résidents de l'Ontario âgés de 15 ans et plus, 31,2 % des hommes et 21,1 % des femmes rapportaient avoir été victimes d'abus physique dans l'enfance, alors que 4,3 % des hommes et 12,8 % des femmes déclaraient avoir été victimes d'abus sexuel dans l'enfance. Chez les individus victimes à la fois d'abus physique et sexuel, on constatait également un nombre plus élevé de femmes que d'hommes[2]. Dans l'EOI de 1993, portant sur un échantillon de 2 247 rapports d'organismes de protection de l'enfance (dont 27 % étaient fondés), on a trouvé des taux d'incidence d'abus physique, sexuel et émotif de 1,93 par 1 000, 1,57 par 1 000 et 0,44 par 1 000 respectivement; l'incidence de la négligence était de 2,02 par 1 000[3].

L'Organisation pan-américaine de la santé[4] et l'Organisation mondiale de la santé[5] ont manifesté leur intérêt pour la collecte de données se rapportant à la violence et à la négligence envers les enfants. En 1996, Santé Canada a mis sur pied la Section de la violence envers les enfants afin de contribuer à une meilleure compréhension de l'ampleur et des dynamiques de la maltraitance envers les enfants au niveau national. La Section a étudié la collecte de données portant sur la maltraitance à l'égard des enfants au Canada avec des projets tels que *La violence envers les enfants : signalement et classification des cas dans les établissements de santé*[6] et l'*Examen des décès d'enfants et de la collecte de données sur la mortalité infantile au Canada* [Child Death Review and Child Mortality Data Collection in Canada][7]. La Section apporte son concours à une surveillance de l'enfance maltraitée axée sur le bien-être de l'enfance[8] et s'occupe de l'élaboration d'une base de données sur la mortalité infantile. En plus de ces activités, elle veut élaborer un système de surveillance national pour l'enfance maltraitée. Le présent chapitre a été écrit afin de stimuler la discussion sur ce projet et fait la revue des sujets suivants :

- principes de surveillance de la santé publique applicables à la surveillance de l'enfance maltraitée
- problèmes spécifiques aux données portant sur la maltraitance envers les enfants, tels que le manque d'uniformité dans les définitions d'abus, les différents niveaux d'identification de la violence envers les enfants, etc.
- questions fonctionnelles et opérationnelles se rapportant à la surveillance de l'enfance maltraitée
- sources possibles de données se rapportant à la maltraitance envers les enfants, qui serviront à sa surveillance
- façons possibles de surveiller les facteurs de risque et les indicateurs comportementaux

Bien que l'on considère la maltraitance envers les enfants principalement comme une question sociale, la plupart des systèmes de surveillance ont été créés dans le but de surveiller des conditions médicales. Jusqu'à maintenant, le travail effectué dans le domaine de la surveillance a été publié surtout dans la littérature épidémiologique et médicale. Par conséquent, certains lecteurs trouveront peut-être que les discussions et les exemples utilisés dans le présent document sont parfois trop axés sur les maladies.

CONTEXTE : SURVEILLANCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

La surveillance englobe la *collecte*, l'*analyse*, l'*interprétation* et la *diffusion* systématiques et continues de données sur la santé servant à la planification, à la mise en place et à l'évaluation d'interventions et de programmes en santé publique[9]. Elle est différente de la recherche, de l'investigation, de l'établissement de priorités, de l'élaboration de politiques, de la gestion par problèmes ou de la gestion des risques, bien qu'elle recueille de l'information essentielle à ces activités[10].

La science de la surveillance a d'abord été appliquée aux maladies infectieuses au milieu du 19e siècle, mais a depuis été appliquée à diverses conditions telles que les maladies chroniques, les traumatismes et les risques pour l'environnement[11]. Le recueil de données de surveillance peut avoir divers objectifs[11,12].

- décrire la fréquence d'une condition par personne, endroit et période de temps
- identifier les facteurs qui favorisent l'apparition d'un événement relatif à la santé
- établir des priorités pour l'allocation de ressources en santé en vue de gérer un problème
- aider à l'élaboration de mesures préventives
- évaluer l'efficacité des efforts de prévention
- prévoir les caractéristiques futures d'une condition
- indiquer les domaines nécessitant plus de recherche

Pour la surveillance systématique, le choix des sources de données dépend de la condition en question, de la façon dont sa présence est détectée, des buts de la surveillance et des ressources disponibles[11]. Les données de surveillance peuvent être recueillies de façon passive ou active. La surveillance passive survient lorsque les individus travaillant sur le terrain doivent eux-mêmes prendre l'initiative de signaler. Un exemple est le signalement de maladies infectieuses à déclaration obligatoire au département local de santé publique par les médecins et les laboratoires. Bien que le fonctionnement de systèmes passifs soit normalement moins coûteux que celui des systèmes actifs, la diligence avec laquelle les cas sont signalés dépend de la motivation des informateurs. Même quand la déclaration est obligatoire selon la loi, les praticiens occupés ne signalent pas tous les cas. Afin d'encourager la déclaration, il doit y avoir un mécanisme simple en place. Il est également important de ne demander que les données qui correspondent aux objectifs du système de surveillance. Si des données superflues sont requises et recueillies mais pas utilisées, l'informateur remettra en question les efforts de surveillance et le soutien au programme déclinera.

Par contraste, la surveillance active survient lorsqu'il y a des contacts réguliers avec des sources possibles afin de s'informer de l'évolution de la condition. Cette méthode est souvent coûteuse mais nécessaire quand une condition n'est pas à déclaration obligatoire, qu'aucune donnée n'est disponible, qu'un système de surveillance passif n'est pas en place ou que l'information doit être obtenue rapidement. Si la surveillance active est ajoutée à un système passif déjà existant, la fréquence des déclarations pourrait augmenter de façon substantielle et ainsi suggérer que le nombre de cas liés à cette condition a monté en flèche alors qu'en fait, il n'a pas changé. Ces changements dans la collecte de données doivent donc être expliqués clairement lors de la présentation des tendances en matière de surveillance.

La situation idéale serait de recueillir les données dans la population générale. Cependant, cela peut ne pas être possible dans toutes les situations, ou l'information nécessaire peut être tellement complexe qu'il serait impossible de la recueillir dans la population. D'autres méthodes, telles que la déclaration par des sentinelles, sont souvent utilisées dans ces circonstances. La déclaration par les sentinelles nécessite la sélection de sites dans la communauté pour le signalement passif ou actif. Ces sites sont parfois sélectionnés de façon aléatoire et parfois non, selon la condition, la taille de

la communauté et la quantité d'informations désirées. Dans le dernier cas, les praticiens qui ont une plus grande probabilité d'observer une condition sont sélectionnés comme sentinelles. L'Expanded Programme on Immunization (EPI) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a par exemple encouragé plusieurs pays à adopter un système de postes sentinelles afin d'obtenir des données provenant des plus grands hôpitaux dans une communauté[13]. De tels systèmes de postes sentinelles peuvent fournir une information biaisée, surtout si les sites choisis ne sont pas vraiment représentatifs de la communauté. Néanmoins, ces données sont utiles pour évaluer les tendances et estimer l'impact de programmes spéciaux[14].

Lors de l'élaboration des systèmes de surveillance, on doit également trouver des façons d'inciter les personnes concernées à collaborer à la collecte de données – par exemple, on peut offrir de l'aide en matière d'épidémiologie aux sources de déclaration; assurer aux informateurs que les données seront compilées et utilisées afin d'élaborer des programmes de prévention plus efficaces; ou reconnaître le travail des informateurs dans les rapports de surveillance.

CARACTÉRISTIQUES DES SYSTÈMES DE SURVEILLANCE

En ce qui a trait à la qualité d'un système de surveillance, on doit, lors de son élaboration, prendre en considération plusieurs caractéristiques et les évaluer périodiquement après sa mise en place[15].

a) Utilité

Un système de surveillance est utile s'il améliore les connaissances ou s'il a une influence sur les programmes et politiques élaborés en réponse au problème. Les données cumulatives peuvent fournir des estimations quantitatives de l'ampleur de la morbidité et de la mortalité associées à une condition et peuvent également contribuer à identifier les facteurs impliqués dans son évolution.

b) Simplicité

La simplicité d'un système de surveillance fait référence à sa facilité d'application ainsi qu'à la structure du cheminement de l'information. La simplicité aura une influence sur la rapidité d'exécution de la surveillance ainsi que sur la quantité de ressources nécessaires au fonctionnement du système. Les facteurs qui ont une influence sur la simplicité incluent le type d'informations nécessaires à l'établissement d'un cas, le nombre de sources de déclaration, les méthodes de transmission de l'information, le nombre d'organisations intervenant dans la transmission des rapports de cas, la complexité des analyses de données, le nombre et le type d'utilisateurs qui recevront les rapports, et les méthodes de diffusion.

c) Flexibilité

Les systèmes flexibles peuvent s'adapter à des changements dans les besoins en information et dans les conditions de fonctionnement à peu de coûts supplémentaires en temps, personnel et argent. Ils peuvent également s'adapter à de nouvelles conditions, à des changements dans les définitions de cas, dans la quantité et le type d'informations recueillies, et dans les sources de déclaration.

d) Acceptabilité

Cette caractéristique fait référence à l'acceptation du système par les personnes hors de l'organisme garant, comme celles qui ont la responsabilité de déclarer. L'acceptabilité est une caractéristique très subjective qui englobe la volonté des personnes dont le système dépend de fournir des données exactes, compréhensibles et complètes de façon rapide. Certains facteurs qui ont une influence sur l'acceptabilité d'un système spécifique incluent :

- l'importance de la condition pour la santé publique
- la reconnaissance par le système de la contribution des individus
- l'aptitude du système à répondre aux suggestions ou aux commentaires
- la charge de travail que représente le système
- l'obligation légale de déclarer

e) Sensibilité

La sensibilité représente la proportion de cas dans une communauté qui sont détectés par le système de surveillance. Elle dépend de la probabilité que les personnes affectées par la condition le déclare, que les cas soient correctement identifiés et que les cas identifiés soient rapportés au système. Un système de surveillance qui n'a pas une grande sensibilité peut tout de même être utile afin de surveiller les tendances, à condition que la sensibilité demeure assez constante. Des changements dans la sensibilité peuvent être provoqués par des facteurs tels qu'une conscience accrue de la condition, l'introduction de nouvelles méthodes pour l'identification de cas, et des changements dans la façon dont la surveillance est effectuée.

f) Spécificité

La spécificité est une mesure de la fréquence de cas mal identifiés. Quand plusieurs rapports erronés sont inclus, la confiance dans les données de surveillance se détériore et les ressources se perdent à répondre à des problèmes non existants. Un examen de cas approfondi, des définitions de cas claires et spécifiques ainsi qu'une bonne communication entre les informateurs et les organismes recevant l'information peuvent réduire la fréquence des cas mal classifiés.

g) Représentativité

Un système de surveillance qui est représentatif reflète de façon exacte le nombre de cas liés au phénomène de santé dans la population. Cependant, les erreurs et les biais dans la déclaration et le recueil de données peuvent rendre le système moins représentatif. Bien que la présence d'informations non représentatives ne soit pas idéale, cela peut toujours servir à suivre de près les tendances et à identifier les problèmes. Dans cette situation, il est important de ne pas généraliser les résultats à la communauté entière.

h) Rapidité d'exécution

La rapidité d'exécution fait référence au délai existant entre les étapes du système de surveillance. Les intervalles qu'on prend normalement en considération sont le temps écoulé entre l'événement et sa déclaration; l'intervalle entre un rapport et sa transmission aux fins de surveillance; l'intervalle entre la réception des données, leur entrée et leur analyse; et le temps écoulé entre la disponibilité des données et la diffusion du rapport. Le besoin d'une réaction rapide d'un système de surveillance dépend de la nature de la condition et des objectifs du système.

i) Ressources

Les systèmes de surveillance nécessitent du personnel et des ressources financières stables afin de recueillir, de traiter, d'analyser et de diffuser l'information. Des fonds suffisants doivent être alloués pour soutenir la mise en place et l'administration du système. De plus, différentes façons d'effectuer la surveillance sont associées à différents coûts. Les coûts et bénéfices de méthodes de rechange doivent être comparés afin de choisir la méthode la plus rentable.

EXEMPLES DE SYSTÈMES DE SURVEILLANCE

Surveillance des maladies infectieuses

La législation provinciale rend obligatoire la déclaration de certaines maladies infectieuses ayant une importance pour la santé publique. Quand cela survient, certains professionnels ont la responsabilité d'informer les autorités municipales en santé publique. Périodiquement, chaque municipalité transmet ses données de surveillance (d'où les noms ont été effacés) au ministère provincial de la santé. Annuellement, chaque province compile les statistiques provinciales et les transmet au Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), Santé Canada, au niveau fédéral. L'analyse de données se fait aux niveaux municipal, provincial et fédéral, et des rapports sommaires sont préparés.

À ce système de surveillance passif s'ajoute parfois des systèmes de postes sentinelles, comme le système mis en place pour l'influenza, et de la surveillance active, comme IMPACT (Programme de surveillance active des effets secondaires associés aux vaccins). Ce dernier est basé dans dix centres de santé pédiatrique à travers le Canada, et la surveillance se concentre sur certains effets négatifs aigus liés aux vaccins ainsi que sur l'échec et les problèmes de la vaccination[16]. Les rapports contenant de l'information provenant de la surveillance active et passive sont diffusés en utilisant divers moyens, tels que des rapports annuels, des bulletins, de l'information sur les sites Internet, des présentations à des colloques et des communications dans les médias.

Surveillance des traumatismes

SCHIRPT (Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes) est un système de surveillance des traumatismes basé dans les salles d'urgence de dix hôpitaux pédiatriques et six hôpitaux généraux à travers le Canada[17]. Dans ces institutions, tous les patients qui se présentent à la salle d'urgence à cause d'une blessure ou d'un empoisonnement sont invités à participer. Les patients ou adultes accompagnateurs remplissent un questionnaire d'une page sur les circonstances entourant la blessure. Les médecins doivent alors noter l'information clinique au dos de ce formulaire.

Le contrôle de la qualité de la saisie des données et de l'exactitude de la codification se fait de façon continue. De plus, le programme d'entrée de données effectue des vérifications logiques et émet un avertissement lorsque des combinaisons de données improbables sont entrées. Le premier logiciel ainsi que le matériel nécessaire au système de codification et à la collecte de données étaient fournis, sans frais, par le ministère de la santé australien. Cependant, un système Oracle fait sur commande a été développé sept ans plus tard parce que la taille de la base de données avait augmenté au delà de sa capacité initiale. La diffusion de l'information du SCHIRPT se fait trois fois pas année par la publication d'un bulletin, des publications dans des revues scientifiques et des présentations à des colloques et sur Internet[18].

Principes applicables à d'autres systèmes

La différence principale entre les deux systèmes est que la première condition (maladies infectieuses) est à déclaration obligatoire tandis que la seconde (traumatisme) ne l'est pas. Puisque la déclaration des maladies infectieuses est obligatoire, la surveillance passive est la méthode principale utilisée par les autorités responsables de la santé publique pour recueillir des données sur cette condition. Les traumatismes, d'autre part, ne sont pas à déclaration obligatoire, et les sources d'information principales proviennent donc de la surveillance active et de bases de données existantes. La surveillance de la maltraitance envers les enfants et chacun de ces deux systèmes ont des caractéristiques en commun. Comme les maladies infectieuses, on doit déclarer la

maltraitance; malheureusement, on ne la déclare pas à l'organisme chargé d'effectuer la surveillance. Cette caractéristique fait en sorte que l'acquisition de données sur la maltraitance comporte les mêmes difficultés que dans le cas de la surveillance des traumatismes. En dépit de ces différences, les deux systèmes ont des principes en commun pouvant s'appliquer au développement d'autres systèmes de surveillance.

a) Bien choisir les conditions pour la surveillance

Bien que des centaines de maladies infectieuses puissent affecter la santé humaine, moins de cinquante sont à déclaration obligatoire et sous surveillance au Canada. Dans le cas du SCHIRPT, la surveillance se concentre surtout sur les blessures d'enfants qui se présentent dans les salles d'urgence. Ces deux systèmes démontrent que l'on doit faire certains choix en ce qui a trait aux variables sélectionnées pour une surveillance systématique. Il serait irréaliste de s'attendre à une surveillance de toutes les conditions d'intérêt.

Au LLCM, le Comité consultatif national sur l'épidémiologie a élaboré douze critères afin d'aider à déterminer les maladies infectieuses à inclure ou exclure de la surveillance[19]. Bien que les critères ne soient pas applicables à l'enfance maltraitée, la notion de principes directeurs aidant à déterminer les aspects de la maltraitance qui devraient être placés sous surveillance systématique est une notion utile.

b) S'assurer d'une communication efficace entre les collaborateurs

La surveillance est un effort de collaboration multisectoriel. Il est essentiel pour son succès d'avoir une communication efficace entre les secteurs, afin de s'assurer de l'exactitude du recueil et de la saisie des données, de la rapidité de production des rapports et de l'utilité des résultats. L'exemple du SCHIRPT le démontre bien. On a approché les administrateurs d'hôpitaux et les directeurs de salle d'urgence en pédiatrie dès le début de l'élaboration du projet pour obtenir leurs idées et leur coopération. Les hôpitaux et le LLCM sont en communication constante afin de résoudre les problèmes qui surgissent. On tente également de s'assurer que les hôpitaux sont «récompensés» pour leur participation en fournissant à chacun d'entre eux leur propre base de données ainsi qu'une reconnaissance pour leur participation dans les rapports et dans les publications.

c) Bâtir les systèmes de surveillance par étape

IMPACT et SCHIRPT ont tous deux commencé par des sites pilotes qui ont permis de résoudre certains problèmes dans le système avant sa mise en place à plus grande échelle. Chaque activité de surveillance a commencé avec un nombre limité de sites de collecte de données et une seule source de données (données provenant des hôpitaux). Après l'évaluation du système, on a ajouté d'autres sites et progressivement inclus d'autres sources de données (p. ex., données sur la mortalité et données sur les congés des hôpitaux pour le SCHIRPT).

d) Améliorer et mettre à jour de façon continue

Les systèmes de surveillance nécessitent une évaluation et des modifications constantes pour s'assurer de leur efficacité. Comme le démontre le système du SCHIRPT, chaque étape de la surveillance — de l'entrée de données et de l'analyse jusqu'aux stratégies de diffusion en passant par la configuration des logiciels et du matériel — a connu des changements avec l'évolution du système.

DONNÉES SE RAPPORTANT À L'ENFANCE MALTRAITÉE

Les principes utilisés par les systèmes de surveillance efficaces et l'expérience acquise lors de la surveillance d'autres conditions peuvent s'avérer utiles pour le développement d'un système national de surveillance de l'enfance maltraitée au Canada. Cependant, des problèmes spécifiques aux données sur la maltraitance envers les enfants représentent d'autres défis qui doivent être pris en considération lors de l'élaboration.

Manque d'uniformité dans les définitions de violence et de négligence envers les enfants

Il n'y a malheureusement aucun consensus en ce qui concerne les définitions de maltraitance envers les enfants. En fait, les définitions varient énormément, selon que l'on prenne une optique légale, professionnelle, sociale ou culturelle. Le manque de cohérence dans les définitions a été bien documenté, mais il est très difficile à résoudre[5,6,20].

Les éléments constituant un cas de mauvais traitements envers un enfant ont changé au cours des années. D'abord, les définitions de maltraitance envers les enfants mettaient l'accent sur la violence physique; plus tard, l'abus sexuel a été inclus et, plus récemment, on a également ajouté la violence émotive et la négligence[21]. La législation portant sur la maltraitance envers les enfants dans chaque province/territoire définit «un enfant ayant besoin de protection» et représente une base légale pour l'intervention. Ces définitions légales varient à travers le pays, incluant par exemple l'âge auquel un individu est toujours considéré comme un enfant[20]. Bien que les situations principales nécessitant le signalement soient les mêmes, la déclaration des cas moins bien définis est plutôt laissée à la discrétion des professionnels dans le domaine. Des études ont démontré que les praticiens sont influencés par leurs propres valeurs, croyances et perceptions à propos de ce que constitue un cas devant être déclaré[6]. Même après qu'un cas ait été rapporté, les organismes de protection de l'enfance utilisent leurs propres définitions ad hoc de la violence et de la négligence envers les enfants dans leurs enquêtes[3]. Les différences dans les définitions ont donc une influence considérable sur la détermination des cas de maltraitance envers les enfants.

Différents niveaux d'identification de la violence et de la négligence envers les enfants

Bien qu'un nombre important de cas d'enfants victimes de violence et de négligence soient déclarés aux services de protection de l'enfance, plusieurs ne le sont pas. Dans certains systèmes de classification, les cas déclarés sont divisés en quatre groupes :

- les cas éliminés avant le début de l'enquête, qui ne feront donc pas l'objet d'une enquête
- les cas non soupçonnés ou non justifiés après l'enquête (non fondés)
- les cas impliquant un abus mais pour lesquels il n'existe pas de preuves suffisantes pour justifier les allégations
- les cas corroborés par une enquête (fondés)

Parmi les cas non déclarés, certains sont connus des professionnels tenus par la loi de signaler (comme les médecins, les éducateurs, etc.) et d'autres cas sont connus des professionnels et membres de la communauté n'ayant pas cette responsabilité au point de vue légal. Pour différentes raisons, ces cas, bien qu'ils soient connus, ne sont pas rapportés aux autorités. Finalement, il y a des cas de violence et de négligence envers les enfants qui ne sont pas connus.

Les niveaux d'identification illustrent bien à quel point il est complexe d'évaluer l'incidence et la prévalence de la maltraitance envers les enfants. Ils

démontrent que différentes méthodes de dénombrement des cas permettront de saisir différents aspects de la condition. Par exemple, les statistiques provenant de la protection de l'enfance représenteront seulement les cas signalés, tandis que les enquêtes auprès de la population, où des adultes doivent répondre à des questions sur l'abus dans l'enfance, obtiendront des cas signalés et non signalés, bien que de façon incomplète. Même parmi les cas signalés, il existe des divergences entre les organismes sur ce que constitue un rapport corroboré. Aussi, la démarcation entre les rapports soupçonnés et fondés, et entre les rapports soupçonnés et non fondés, n'est pas toujours claire. De plus, les interventions ayant pour but d'améliorer le signalement, telles que l'éducation des professionnels ou du public, peuvent faire passer un certain nombre de cas de non signalés à signalés. Ce changement peut être interprété à tort comme représentant une augmentation des cas de violence et de négligence envers les enfants quand, en fait, aucun changement véritable n'a eu lieu. Finalement, les cas non divulgués et donc inconnus des autorités sont difficiles à documenter.

Formes multiples de maltraitance envers les enfants

Avec des définitions plus compréhensives de la violence et de la négligence envers les enfants, les professionnels doivent diagnostiquer et signaler des conditions qui vont au delà des signes physiques indiquant la possibilité d'un abus. L'Étude ontarienne de l'incidence des cas signalés de violence et de négligence à l'égard des enfants englobe dix-sept formes de maltraitance envers les enfants : violence physique, quatre formes d'abus sexuel, huit formes de négligence, trois formes de mauvais traitements émotifs et une catégorie «autre» de mauvais traitements[3]. Dans la troisième National Incidence Study of Child Abuse and Neglect, six principaux types d'abus (violence physique, abus sexuel, violence émotive, négligence physique, négligence émotive et négligence sur le plan de l'éducation) ont été classifiés. La catégorie de violence physique n'a pas été subdivisée, mais trois formes d'abus sexuel, trois formes de violence émotive, sept types de négligence physique, sept catégories de négligence émotive, et trois formes de négligence sur le plan de l'éducation ont été définis[23].

Malheureusement, des études ont montré que les médecins étaient plus enclins à déclarer les cas comportant des signes visibles de blessures physiques que d'autres formes de mauvais traitements[6]. La probabilité de déclarer varie donc selon les formes d'abus. De plus, les différentes situations de maltraitance peuvent être déclarées avec une fréquence plus ou moins élevée parce que différents organismes ont différents mandats. Il est possible, par exemple, que les statistiques de la protection de l'enfance rapportent plus d'abus sexuel de la part des parents et que le système judiciaire rapporte plus d'abus non parental. Finalement, les cas où plusieurs formes de maltraitance coexistent peuvent être classifiés comme une seule forme de maltraitance dans les statistiques[3].

Incidence et prévalence

Il est important de noter que les termes «incidence» et «prévalence» sont utilisés différemment dans les domaines de l'épidémiologie et de la maltraitance à l'égard des enfants. En épidémiologie, l'incidence dénote le nombre de nouveaux cas d'une maladie dans la population pendant une période de temps donnée, tandis que dans la littérature portant sur la maltraitance, l'incidence annuelle fait référence au nombre d'enfants maltraités dans une seule année (sans tenir compte du fait qu'ils aient pu être abusés avant). Le terme «prévalence» en épidémiologie indique le nombre de personnes dans la population qui ont la maladie à une période donnée[24], tandis que dans le domaine de la maltraitance, la prévalence dans l'enfance fait référence au nombre de personnes qui ont été maltraitées à un moment ou l'autre dans leur enfance. Il faut être conscient de ces différences dans les définitions, incluant la période d'intérêt, quand on compare les statistiques portant sur l'enfance maltraitée.

Cas en double

Une source de confusion dans les taux de maltraitance est le manque de clarté à propos du nombre d'enfants maltraités par rapport au nombre d'enquêtes portant sur des enfants. Le premier compte un enfant seulement une fois, même si l'enfant a été abusé à plus d'une occasion. Le second ne tient pas compte des cas qui se répètent et rapporte chaque enquête comme un événement séparé. Une estimation du taux de répétition des cas dans l'Étude ontarienne d'incidence indique que le nombre exact d'enfants maltraités pourrait être de 12,5 % moins élevé que le nombre d'enquêtes portant sur des enfants[3].

Manque d'uniformité dans l'information disponible

Il n'existe pas de directives nationales concernant la normalisation des collectes de données sur l'enfance maltraitée. Les organismes recueillent, selon leur rôle, de l'information sur différents aspects de la violence et de la négligence envers les enfants. Certains incluent des statistiques sur les allégations, d'autres sur les enquêtes et d'autres encore sur les cas fondés, les agresseurs, etc. La périodicité des données peut aller d'activités mensuelles à des statistiques annuelles cumulatives[20]. Chaque dossier peut représenter un enfant, un cas déclaré ou une famille; l'unité d'analyse peut donc varier[25].

QUESTIONS FONCTIONNELLES ET OPÉRATIONNELLES

Partenariats axés sur la collaboration

Diverses disciplines s'intéressent au domaine de la maltraitance envers les enfants — par exemple, la médecine, le droit, la santé publique, le travail social et les soins infirmiers. Lors de l'élaboration d'un système de surveillance, il est important que tous ces secteurs y soient engagés dès le début, pour que le système soit planifié en harmonie et qu'il soit possible d'obtenir toutes les informations nécessaires à la planification d'interventions. On devrait également consulter les représentants d'organismes non gouvernementaux qui travaillent avec les enfants abusés et leur famille ainsi que les organismes municipaux, provinciaux et nationaux, tels que les organismes provinciaux de protection de l'enfance, la police, les unités spécialisées dans la violence envers les enfants dans les hôpitaux, les organismes de protection de l'enfance dans les communautés autochtones, les commissions scolaires et les consultants en santé de l'enfant aux ministères provinciaux de la santé.

On devrait également obtenir la collaboration d'individus et d'organisations qui ont de l'expérience dans les bases de données et les systèmes de surveillance se rapportant à l'enfance maltraitée. Les détails concernant les diverses sources de données sont discutés plus loin, mais les partenaires possibles incluent Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les coroners et médecins légistes, SCHIRPT et la Division de la prévention et de la lutte contre les MTS au LLCM. Finalement, on doit également inclure les individus ayant de l'expérience dans la conception et la mise en place de systèmes de surveillance, comme les épidémiologistes et les spécialistes en systèmes d'information. La planification opérationnelle (p. ex., l'établissement d'objectifs et de priorités, l'identification de sources de données possibles, l'élaboration de méthodes de collecte, de saisie, d'analyse et de diffusion de données) peut alors s'effectuer en collaboration.

Définition des objectifs

Les objectifs de la surveillance de l'enfance maltraitée pourraient inclure les points suivants :

- offrir un soutien au recueil de données sur les cas signalés de violence envers les enfants à l'échelle nationale

- surveiller et établir des données de base à propos des tendances en matière de signalement des cas de violence et de négligence
- améliorer les connaissances sur les indicateurs et les déterminants de la maltraitance
- encourager la collecte de données sur la violence envers les enfants provenant de diverses sources
- améliorer la compréhension des différentes formes et de la sévérité de l'abus
- partager l'information sur la maltraitance à l'égard des enfants avec d'autres personnes concernées
- identifier des questions de recherche spécifiques dans le domaine de la violence et de la négligence envers les enfants
- utiliser l'information pour aider à fixer des priorités pour l'intervention

Cependant, au delà des objectifs programmatiques, il est important de définir des objectifs clairs et réalistes pour les activités de surveillance puisque ceux-ci vont définir le cadre qui servira ensuite aux autres éléments du système. Il faut se rappeler que la surveillance est différente de la recherche, du signalement, des registres communautaires ou des études en population générale[12]. Les buts choisis devraient donc être à la portée de la surveillance. Les objectifs spécifiés au début des activités de surveillance peuvent être modifiés ultérieurement, selon l'évolution du système ou la modification des besoins dans le domaine. Des exemples d'objectifs pour la surveillance de l'enfance maltraitée incluent la détection des tendances en matière de violence physique, d'abus sexuel, de violence émotive et de négligence; ils incluent également l'obtention du profil d'enfants maltraités et de leur famille en vue de planifier des stratégies d'intervention.

Définitions de cas

Lors de l'élaboration de systèmes de surveillance, il est important de spécifier clairement des définitions de cas opérationnelles. L'élaboration de définitions doit se faire minutieusement, puisqu'elles serviront de base pour déterminer les cas qui seront mis sous surveillance. Ces définitions peuvent être différentes de celles spécifiées dans la législation pour un «enfant ayant besoin de protection» et des définitions ad hoc utilisées par les intervenants de la protection de l'enfance lors de leurs enquêtes sur des cas présumés ou soupçonnés[20].

Une définition idéale pour la surveillance devrait être sensible (c.-à-d. qu'elle permettrait d'identifier une proportion élevée de personnes ayant la condition et inclurait peu de cas faux négatifs) et spécifique (elle inclurait peu de cas faux positifs). De plus, la définition doit être simple, compréhensible et facile à appliquer. Des changements dans les définitions de cas peuvent affecter le nombre de cas et être interprétés à tort comme représentant des changements dans les tendances de la maladie. Chaque modification apportée aux définitions de cas doit donc être indiquée clairement. De même, on peut comparer la fréquence avec laquelle on observe différentes conditions seulement lorsque la même définition de cas a été utilisée.

Dans les systèmes de surveillance, les cas sont souvent divisés en deux catégories : les cas «fondés» et les cas «probables». Les critères les moins sévères pour les cas «probables» ont à la fois une sensibilité élevée et une spécificité moindre afin d'assurer que la plupart des cas soient inclus. D'autre part, les critères plus rigides pour les cas «fondés» présentent une grande spécificité avec une sensibilité moins élevée, afin d'assurer que les cas faux positifs ne soient pas inclus. Ces principes peuvent s'appliquer à la surveillance de l'enfance maltraitée. Par exemple, les définitions de cas peuvent être utilisées afin de déterminer si les rapports présentent des cas fondés, probables ou non fondés.

Lors de l'élaboration de définitions de cas pour la maltraitance envers les enfants, plusieurs éléments pourraient être inclus :

- l'âge de l'enfant

- la (ou les) forme(s) de maltraitance incluse(s) dans la surveillance
- la relation avec l'agresseur et sa propre expérience avec la violence
- le moment où l'événement s'est produit par rapport au moment de la déclaration
- le niveau d'identification (n'ayant pas fait l'objet d'une enquête, non fondé, soupçonné, fondé)

Sources de données existantes

Les données sur la maltraitance à l'égard des enfants proviennent le plus souvent des organismes de la protection de l'enfance et de la police. Cependant, d'autres sources de données incluent les certificats de décès, les enquêtes du médecin légiste en chef/coroner en chef, les enquêtes auprès de la population et les données sur les congés des hôpitaux. Le tableau 2 décrit les avantages et désavantages associés à chaque source.

a) Bases de données de la protection de l'enfance

Présentement, la déclaration de la violence envers les enfants est une obligation légale dans chaque province et territoire au Canada[20]. Les cas signalés font l'objet d'une enquête par les organismes de protection de l'enfance au niveau provincial. Dans la plupart des juridictions, les services de protection de l'enfance sont offerts par des organismes gouvernementaux centralisés. En Ontario, par exemple, il existe un système de plus de cinquante sociétés d'aide à l'enfance autonomes relevant du gouvernement provincial[20]. En 1996, elles ont examiné 63 489 cas où un enfant avait ou aurait pu avoir un besoin de protection[24].

Au Canada, les organismes interprètent de façon très différente les mandats des services de protection de l'enfance, et des divergences existent également dans les politiques d'intervention et la façon dont les services sont organisés. De plus, les organismes individuels ne disposent souvent d'aucune méthode standard pour recueillir des informations relatives aux enquêtes sur la violence et la négligence envers les enfants. Il est donc difficile de comparer les données statistiques obtenues dans différentes juridictions[25].

Certaines provinces maintiennent des registres légaux portant sur la violence envers les enfants. Dans des provinces comme le Manitoba et la Nouvelle-Écosse, on y note seulement les cas de violence et de négligence envers les enfants ayant été corroborés; cependant, en Ontario, les individus peuvent y être inscrits s'il existe une «preuve crédible» provenant des organismes de protection de l'enfance. D'autres juridictions ne requièrent pas légalement la tenue d'un registre des cas de mauvais traitements envers les enfants, mais certaines provinces, comme l'Alberta, ont une base de données centralisée portant sur les cas de protection de l'enfance. L'accessibilité du registre par les individus autres que les intervenants de la protection de l'enfance et les chercheurs varie selon la juridiction[6].

b) Base de données sur la mortalité de Statistique Canada

Statistique Canada maintient une base de données nationale sur la mortalité avec des informations obtenues directement des bureaux centraux de la statistique de l'état civil dans chaque province et territoire. À partir de l'information sur les circonstances entourant l'événement contenue dans les certificats de décès, les décès par homicide, les voies de fait, la violence et la négligence sont classifiés selon le système de codification internationale des maladies (CIM), codes E960-969[26]. Bien que les décès d'enfants causés par des homicides soient souvent notés, il est possible que les décès résultant de la violence et de la négligence ne soient pas décrits comme tels dans le certificat de décès[7].

c) Base de données du Centre canadien de la statistique juridique

Depuis 1962, le Centre compile des statistiques de déclaration uniforme de la criminalité provenant des services de police à travers le Canada. Un sondage plus détaillé et élaboré a été introduit au milieu des années 80, mais seulement un petit groupe de services de

Tableau 2
Données canadiennes sur l'enfance maltraitée

Type de données	Description	Forces	Limites
Données provenant de la protection de l'enfance	Cas signalés de violence et de négligence à l'égard des enfants ayant fait l'objet d'une enquête par les organismes de protection de l'enfance	Inclut tous les cas signalés et ayant fait l'objet d'une enquête	• Limité aux cas signalés • Aucune méthode standard de collecte de données portant sur la violence et la négligence à l'égard des enfants à travers le Canada • Manque d'uniformité dans les critères d'inclusion de cas chez les différents organismes • Bases de données sont conçues comme des systèmes de gestion de cas et non comme des systèmes de recherche et d'analyse d'information • Peu d'information sur les circonstances
Base de données sur la mortalité de Statistique Canada	Données basées sur l'information contenue dans les certificats de décès	• Couverture complète des décès dans la population entière • Données disponibles à peu de frais	• Les décès résultant de la violence et de la négligence peuvent être attribués à d'autres causes • Les données sont disponibles pour l'analyse seulement environ 2 ans après le décès • Sélection limitée de définitions pour la codification des décès
Base de données du Centre canadien de la statistique judiciaire	Données sur les crimes faisant l'objet d'une enquête policière au Canada	Fournit des informations détaillées sur la victime, l'agresseur et les circonstances des voies de fait ou de l'homicide dans les cas où des accusations ont été portées	• Seulement les cas rapportés à la police • La base de données ne dispose d'aucune catégorie de crime faisant référence à la «violence envers les enfants» • Informations tirées d'enquêtes détaillées et révisées proviennent surtout des services de police des communautés urbaines du Québec et de l'Ontario
Statistiques provenant du médecin légiste en chef/coroner en chef	Données incluent tous les décès de cause non naturelle et les morts subites d'enfants rapportés au MLC/coroner	Fournit des détails sur les décès et les enquêtes, incluant les autopsies	• Aucune méthode standard de collecte de données portant sur la violence et la négligence envers les enfants dans les cas de mortalité infantile à travers le Canada • Il n'existe aucune norme permettant de déterminer quelles informations doivent être recueillies
Statistiques policières	Base de données est organisée selon les accusations portées	Fournit de l'information sur l'agresseur dans les cas où des accusations ont été portées	• Aucune information n'est disponible dans les cas où des accusations n'ont pas été portées • Il est difficile d'obtenir de l'information sur la victime puisque la base de données est conçue pour rechercher de l'information sur les accusations

Tableau 2
Données canadiennes sur l'enfance maltraitée (suite)

Type de données	Description	Forces	Limites
Étude d'incidence canadienne des cas déclarés de violence et de négligence envers les enfants	Une étude empirique sur les cas signalés de violence et de négligence à l'égard des enfants. Échantillonnage en grappes à plusieurs degrés pour la collecte de données provenant d'organismes de protection de l'enfance à travers le Canada	• Première étude du genre au Canada • Utilisation de formules normalisées pour l'inclusion de cas et d'instruments de collecte de données	• Limité aux cas signalés provenant d'un échantillon d'organismes de protection de l'enfance • Collecte de données limitée à une période de 3 mois à l'automne 1998
Enquêtes auprès de la population	Enquêtes réalisées auprès d'adultes dans la communauté et portant sur leur expérience de mauvais traitements dans l'enfance	Obtient des cas signalés et non signalés d'abus dans l'enfance	• Permet d'estimer la prévalence de l'abus dans l'enfance, non l'incidence. Les taux dépendent de la volonté des participants de dévoiler l'information
Données sur les congés des hôpitaux (HMD et DAD)	Données basées sur l'information provenant des congés des hôpitaux	• Couverture complète des congés des hôpitaux • Disponible à peu de frais	• Les blessures intentionnelles causées par l'abus peuvent ne pas être codées comme telles • La sélection de codification limitée ne représente pas tous les types d'abus

police au Canada, surtout au Québec et en Ontario, l'utilise. De plus, le Centre maintient une base de données dérivée de l'Enquête sur les homicides, qui inclut tous les homicides faisant l'objet d'une enquête policière au Canada. Cette base de données fournit des informations plus détaillées que la base de données sur la mortalité de Statistique Canada en ce qui a trait à la victime, à l'agresseur, à la relation victime-agresseur et aux circonstances entourant l'homicide[7]. Malheureusement, la base de données ne contient pas de catégorie se rapportant à la violence envers les enfants, et la plupart de ces cas seraient donc classifiés comme des voies de fait. Des études spéciales, telles que l'Enquête sur la violence faite aux femmes de 1993, sont réalisées de façon périodique. Une Enquête sur la victimisation [Victimization Survey] sera publiée à la fin de l'été 2000, à partir d'une collecte de données spéciale effectuée dans le cadre de l'Enquête sociale générale de Statistique Canada (R. Allen, communication personnelle).

d) Statistiques policières

Le rôle des services de police dans les enquêtes sur les cas de violence envers les enfants est de déterminer la nature criminelle de l'événement. Cela implique généralement des incidents de violence physique, d'abus sexuel ou un décès. La police peut aussi intervenir à différents niveaux dans d'autres cas de violence ou de négligence envers les enfants. La police et les organismes de protection de l'enfance peuvent mener des enquêtes conjointes, la première poursuivant une enquête criminelle et la seconde s'occupant des questions liées à la protection de l'enfant. Ainsi, les données des services de police sont classifiées selon les accusations portées, telles que l'homicide, l'homicide involontaire et l'incapacité à pourvoir aux besoins fondamentaux d'une personne. Il n'est pas possible d'obtenir de l'information dans les cas où aucune accusation n'a été portée[7].

e) Statistiques provenant du médecin légiste en chef/coroner en chef

Dans chaque province et territoire au Canada, les décès résultant de cause non naturelle et les morts subites d'enfants sont rapportés au médecin légiste en chef/coroner en chef. L'enquête portant sur ces cas requière souvent l'aide des services de police et, dans certaines juridictions, de comités d'examen des décès d'enfants composés de représentants de plusieurs disci-

plines. On fait des autopsies dans le cas des décès de jeunes enfants (différentes limites d'âges sont utilisées selon les juridictions) ou s'il y a des doutes au sujet de la cause du décès. On fait des tests pour l'abus sexuel seulement si les circonstances suggèrent qu'ils sont requis[7], sauf au Manitoba, où l'on prend systématiquement des prélèvements qui sont testés si nécessaire. Bien que les rapports fournissent une meilleure description des circonstances de la mort que la base de données sur la mortalité de Statistique Canada, aucun consensus n'existe sur les variables pour lesquelles des données devraient être recueillies.

f) Étude d'incidence canadienne des cas déclarés de violence et de négligence envers les enfants

Cette étude, la première du genre au Canada, a utilisé une stratégie d'échantillonnage en grappes à plusieurs degrés pour recueillir des données provenant des organismes de protection de l'enfance provinciaux et territoriaux, afin de fournir des estimations nationales sur l'incidence de la violence et de la négligence à l'égard des enfants. Pour qu'il y ait cohérence entre les sites, on a utilisé des définitions opérationnelles communes permettant de déterminer les cas à inclure; de plus, les mêmes instruments de collecte de données ont été utilisés pour recueillir l'information sur les cas. L'étude a tenté également de décrire les caractéristiques de l'enfant et de la famille, les caractéristiques de la maltraitance, les déterminants clés de la violence et de la négligence ainsi que les résultats des enquêtes[8]. On compte répéter l'Étude d'incidence canadienne à tous les 3 à 5 ans.

g) Enquêtes auprès de la population

Des enquêtes réalisées auprès de populations adultes ont examiné la prévalence de formes spécifiques de mauvais traitements. Une étude canadienne est l'Enquête démographique au niveau national réalisée pour le Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes au début des années 80 et portant sur 2 135 adultes[27,28]. Une étude plus récente est le Supplément sur l'Enquête sur la Santé en Ontario de 1990, qui a examiné l'expérience d'abus physique et sexuel de 9 953 résidents de l'Ontario âgés de 15 ans et plus[2]. Contrairement aux bases de données de la protection de l'enfance, qui sont limitées aux cas signalés, les enquêtes auprès de la population identifient à la fois les cas signalés et non signalés. Les résultats dépendent tout de même de la volonté des participants de dévoiler cette information et peuvent donc sous-estimer la prévalence réelle de la maltraitance à l'égard des enfants.

h) Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) reçoit les données sur les congés des hôpitaux de deux sources : la Base de données sur la morbidité hospitalière (HMD) et la Base de données sur les congés des patients (DAD). HMD inclut 100 % des congés des patients des soins actifs au Canada et fournit des données cliniques et démographiques incluant le diagnostique primaire, la date d'admission, la condition au moment du congé, etc. DAD est une base de données axée sur les patients, qui est plus détaillée que HMD, mais qui reçoit les données de seulement environ 85 % de tous les congés d'hôpitaux au Canada. Le ICIS tente maintenant de réunir ces deux bases de données (adresse Internet du ICIS : www.cihi.ca).

Les diagnostiques primaires des congés des hôpitaux sont systématiquement catégorisés selon les codes CIM et sont disponibles pour l'analyse. Les données sur les congés des hôpitaux codées E peuvent être utilisées pour la surveillance. Malheureusement, les cas de maltraitance envers les enfants peuvent ne pas être documentés sur les résumés au congé, et l'on peut ainsi ignorer des cas d'abus. Une étude américaine, comparant les cas de blessures intentionnelles codées E à ceux identifiés grâce à un système de surveillance basé dans plusieurs hôpitaux, a trouvé que seulement 75 % des blessures d'enfants résultant de la violence étaient identifiées par l'utilisation des codes E[29].

Quelle est la population sous surveillance?

La situation idéale serait que tous les cas de mauvais traitements à l'égard des enfants au Canada soient placés sous surveillance. Malheureusement, cela représenterait un défi immense puisque plusieurs cas ne sont pas dévoilés, rapportés ou encore sont mal catégorisés. On devrait examiner, avec les intervenants clés, la possibilité d'élaborer des stratégies pour l'échantillonnage des cas non divulgués ou non signalés, afin de déterminer les chances de réussite et la faisabilité d'une telle collecte de données. On doit donc prendre certaines décisions en ce qui concerne les différents sous-groupes de la population pour qui la surveillance devrait être effectuée. Le choix devra être guidé par les besoins en information, les sources de données possibles, les ressources disponibles pour le recueil de nouvelles informations et l'utilisation éventuelle des données.

Au début de la surveillance, les bases de données existantes comme la base de données sur la mortalité de Statistique Canada et les données sur les congés des hôpitaux, telles que HMD et DAD, représentent des sources d'information facilement accessibles. Ces données sont recueillies de façon passive à partir des certificats de décès et des registres de congés des hôpitaux. Les auteurs qui ont étudié la représentativité de ces bases de données rapportent que le problème principal est qu'elles n'incluent pas tous les cas qui existent en réalité[29-31]. En dépit de ces limites, elles offrent des données sur les tendances de la condition au niveau national pour toute la population. On pourrait également explorer la possibilité d'inclure les rapports des coroners de chaque région comme supplément aux statistiques sur la mortalité infantile due aux mauvais traitements.

Plus tard, on pourrait examiner la possibilité d'utiliser des données provenant des organismes de protection de l'enfance, de la police et d'autres organismes. Cependant, si l'Étude d'incidence canadienne des cas déclarés de violence et de négligence envers les enfants est effectivement réalisée à tous les 3 à 5 ans, il ne sera peut-être pas nécessaire de faire une collecte de données provenant des organismes de protection de l'enfance de façon continue. Dans le futur, des stratégies de surveillance active pourraient être considérées.

Fréquence de la collecte et de la diffusion des données

La disponibilité d'informations récentes est importante à la fois pour les efforts de prévention et d'intervention et pour la planification de programmes. La rapidité de réaction dépend de l'urgence du problème. Par exemple, lors de l'éclosion de maladies infectieuses, des moyens de contrôle sont mis en place immédiatement et l'on procède au recueil et à l'analyse de données simultanément afin de soutenir ces efforts. Cependant, les rapports quotidiens de maladies infectieuses sont généralement publiés à chaque mois, et des analyses plus détaillées annuellement. Après discussion avec des partenaires sur le terrain, on peut déterminer la fréquence à laquelle la collecte et la diffusion de données auront lieu ainsi que les méthodes de diffusion des données portant sur la maltraitance à l'égard des enfants.

Variables

La disponibilité de l'information sur les variables d'intérêt dépendra de la source de données. Les bases de données provenant de secteurs qui s'occupent d'un seul aspect de la maltraitance à l'égard des enfants, tels que les coroners ou la police, peuvent contenir de l'information portant seulement sur certaines et non toutes les variables pertinentes. Néanmoins, des endroits tels que des hôpitaux pédiatriques ayant des unités spécialisées dans la maltraitance auront plus d'information disponible. Si des efforts préalables sont faits en vue d'obtenir de l'information sur d'autres variables importantes de façon structurée, une information plus complète pourra alors être disponible.

Les variables suivantes sont pertinentes. La liste a été compilée à la suite d'un résumé de l'information

contenue dans les documents suivants : *Un cadre conceptuel pour la surveillance de l'enfance maltraitée*[32], *l'Étude d'incidence canadienne de cas déclarés de violence et de négligence envers les enfants : rapport final*[33], et *la troisième National Incidence Study of Child Abuse and Neglect*[23]. La disponibilité de ces variables et la facilité avec laquelle l'information peut être obtenue varient.

a) Caractéristiques de l'enfant

- âge
- sexe
- race/ethnie
- situation en matière de logement (p. ex., vit à la maison, dans la rue)
- éducation
- code postal de l'adresse
- rapports antérieurs de mauvais traitements
- présence d'une incapacité physique ou de troubles du développement

b) Circonstances des mauvais traitements

- source et date de l'allégation
- forme(s) de mauvais traitements
- état du rapport (non fondé, soupçonné, fondé)
- sévérité des blessures
- durée des mauvais traitements
- organismes responsables de l'enquête

c) Caractéristiques de l'agresseur ou des agresseurs présumé(s)

- relation avec l'enfant
- antécédents de violence
- âge
- sexe
- situation en matière d'emploi
- race/ethnie
- allégations antérieures portant sur un délit similaire
- antécédents de toxicomanie ou d'alcoolisme

d) Caractéristiques du ou des donneur(s) de soins

- âge
- sexe
- relation avec l'enfant
- antécédents de violence
- situation en matière d'emploi
- état civil
- niveau d'éducation
- race/ethnie

e) Caractéristiques du foyer

- revenu du foyer
- description d'autres membres du foyer et de leur relation avec l'enfant
- rapports antérieurs de mauvais traitements ou de violence dans la famille
- logement

Transfert de données et protection des renseignements personnels

Les politiques ayant trait à la protection des renseignements personnels et à la confidentialité régissent l'accès aux bases de données nationales, provinciales et territoriales. Si un organisme qui en demande l'accès répond aux normes spécifiées pour le dévoilement des données, l'accès ne devrait pas être un problème. Cependant, les dossiers appartenant à des organismes tels que les hôpitaux, les coroners, la police et les organismes de protection de l'enfance sont des documents confidentiels conçus pour la gestion de cas. Tous ces dossiers contiennent des noms et des indices pouvant faciliter l'identification des personnes, et les questions relatives à la confidentialité doivent donc être prises en considération lors du transfert d'information.

Stockage, analyse et diffusion des données

Des logiciels et du matériel adéquats doivent être disponibles afin de soutenir la collecte, le transfert, le stockage, l'analyse et la diffusion de données. Ces besoins doivent être évalués de façon périodique à mesure que le système de surveillance se développe. Si les données sont recueillies sur papier, on doit s'assurer que la saisie des données dans l'ordinateur se fasse de façon exacte et rapide. Une fois les données préparées, des personnes ayant une formation adéquate, comme des épidémiologistes, devraient participer aux analyses et à la rédaction de rapports. Il serait également nécessaire de déterminer quelles informations seront diffusées, à quelle fréquence et par quelles méthodes.

AUTRES QUESTIONS

Intégration avec les activités de surveillance de Santé Canada

Lors de la planification de la surveillance de l'enfance maltraitée, il est important de garder en tête que Santé Canada travaille présentement au développement d'un réseau de surveillance de la santé. Le réseau se veut être un système qui offre aux décideurs en matière de santé publique au Canada un accès, par Internet, à de l'information sur la surveillance à travers le pays. Un groupe de travail a été établi, et certaines tâches clés incluent le développement et le maintien, en ligne, d'inventaires de bases de données et de produits liés à la surveillance; l'élaboration et l'adoption de normes nécessaires à un fonctionnement optimal des systèmes de surveillance de la santé, incluant des normes relatives aux modèles de données, aux éléments de la base de données, à la connectivité, etc.; et la mise en place de projets pilotes visant à créer de nouveaux outils et méthodes de surveillance qui pourront ensuite s'appliquer à d'autres domaines de la surveillance de la santé[34]. Il serait utile de rendre l'information sur les développements dans le réseau disponible, afin d'évaluer les implications pour la surveillance de l'enfance maltraitée.

Surveillance des indicateurs de risque associés à la maltraitance à l'égard des enfants

Il existe une abondante bibliographie portant sur les facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux liés à la maltraitance à l'égard des enfants. Il est souvent difficile de déterminer si ces facteurs ont une influence causale à cause de problèmes d'ordre méthodologique dans les études originales. Les lecteurs intéressés peuvent se référer aux chapitres précédents, qui font la revue de plusieurs de ces facteurs et de leurs interactions[32]. Des exemples de ces facteurs incluent :

Niveau individuel/familial

- Facteurs socio-économiques : pauvreté, chômage, faible scolarité
- Structure familiale : familles monoparentales, familles nombreuses, conflits et violence conjugale, déménagements fréquents, itinérance
- Isolement social, antécédents familiaux de conflits et de violence conjugale
- Agresseurs qui ont eux-mêmes été abusés dans l'enfance

Niveau communautaire

- Quartier marqué par la pauvreté, nombre excessif d'enfants par habitant adulte, nombreux

mouvements de la population et forte concentration de familles monoparentales

- Taux de chômage élevé
- Manque de ressources sociales pour venir en aide aux familles

Il serait intéressant d'inclure, dans la base de données sur la surveillance, de l'information sur les facteurs de risque. Cependant, ces données ne sont souvent pas recueillies et peuvent ne pas être disponibles dans les rapports de cas. Le recueil rétrospectif d'informations portant sur les facteurs de risque ne semble pas fructueux. Par contre, la collecte de données prospective est possible. Une façon de faire, si l'on réussit à soulever l'intérêt et à obtenir la collaboration d'organisations spécifiques telles que les hôpitaux pédiatriques, serait de recueillir des données sur les indicateurs de risque au moment de l'évaluation pour maltraitance. Bien que l'information sur les risques soit très utile, la tâche de recueillir cette information ne doit pas être trop lourde puisque cela aura pour effet de diminuer l'acceptabilité et la participation à la surveillance.

Des données provenant de sources multiples ont été reliées afin d'obtenir un tableau plus complet des cas de violence envers les enfants. Par exemple, Felitti et al.[35] ont relié les évaluations médicales de patients provenant d'une clinique avec les consultations à l'urgence, l'utilisation de la pharmacie, les visites en clinique externe et les données sur les congés des hôpitaux. Dans ce scénario, on obtenait le consentement individuel de chaque patient afin de permettre l'accès à d'autres bases de données. L'Institute of Clinical Evaluative Sciences (ICES) a également tenté de relié certaines données avec l'Enquête nationale sur la santé de la population et des bases de données administratives telles que le régime d'assurance-maladie de l'Ontario (D. Manual, communication personnelle). Il faudrait explorer la possibilité d'obtenir le consentement nécessaire pour pouvoir établir de tels liens dans les cas d'abus d'enfants.

Certains auteurs ont contourné le problème du manque d'information sur les facteurs de risque au niveau individuel en se tournant vers des mesures de risque de type écologique. Guyer et al.[36] ont, par exemple, calculé le niveau d'urbanisation de la communauté et le pourcentage de la population se situant en dessous du seuil de la pauvreté comme indicateurs de la situation socio-économique de chaque communauté du Massachusetts où l'on avait observé des blessures intentionnelles d'enfants. Ils ont trouvé que le nombre de blessures intentionnelles augmentait avec le niveau d'urbanisation et de pauvreté dans la communauté. De même, un grand nombre de variables telles que la distribution de l'âge dans la communauté, la répartition ethno-culturelle, le revenu, l'éducation, le logement et l'emploi peuvent être obtenues à partir des recensements et corrélées avec les cas de mauvais traitements envers les enfants dans la même communauté. Même si cette méthode a été utilisée, il faut se rappeler qu'elle peut être vulnérable au sophisme écologique (c.-à-d. que puisque les données n'ont pas été recueillies sur une base individuelle, les conclusions sur les risques au niveau individuel peuvent être basées à tort sur l'information portant sur les facteurs de risque dans un groupe). Cette méthode peut servir à déterminer certains indicateurs de risque qui pourraient s'avérer importants pour la maltraitance et qui nécessitent un examen empirique approfondi.

Surveillance des indicateurs comportementaux associés à la maltraitance à l'égard des enfants

Récemment, des chercheurs ont commencé à rapporter un lien entre le fait d'avoir été victime de de mauvais traitements dans l'enfance, certaines maladies et certains comportements à risque à l'égard de la santé à l'âge adulte. L'Adverse Childhood Experiences (ACE) Study, réalisée auprès de 8 056 adultes, a démontré qu'il existait une forte relation dose-réponse entre l'expérience de mauvais traitements dans l'enfance et l'alcoolisme, la toxicomanie, la dépression et les

tentatives de suicide. De plus, une relation échelonnée a été observée entre l'expérience de maltraitance dans l'enfance et des maladies à l'âge adulte incluant la cardiopathie ischémique, le cancer et des maladies du poumon chroniques[35]. Bensley et coll.[37] ont trouvé qu'une consommation élevée d'alcool et des comportements à risque à l'égard du VIH chez les adultes étaient associés à l'expérience de violence ou d'abus sexuel dans l'enfance tel que rapporté par des informations autorévélées. Des résultats similaires ont été observés chez les adolescents, pour qui l'usage d'alcool ou de drogues était associé à l'expérience de mauvais traitements dans l'enfance[38]. Les conséquences de la maltraitance à l'égard des enfants sur l'adaptation personnelle et les capacités d'adaptation au cours d'une vie sont décrites dans le chapitre du Dr Wolfe[32].

Comme on reconnaît de plus en plus que certains facteurs comportementaux sont des causes importantes de morbidité et de mortalité, les techniques de surveillance ont dû, en plus d'évaluer les conséquences, inclure des mesures de facteurs comportementaux comme la consommation d'alcool[39]. Le Behavioural Risk Factor Surveillance System (BRFSS) est patronné par les Centers for Disease Control and Prevention. Il voit à l'administration téléphonique continue de questionnaires à un échantillon d'individus sélectionnés au hasard, dans le but d'identifier les tendances comportementales ayant une influence sur les risques pour la santé. Les personnes interrogées, âgées de 18 ans et plus, sont sélectionnées par un système d'appels aléatoires incluant des numéros de téléphone publics et confidentiels dans chaque communauté. Les enquêteurs notent les réponses à l'aide d'un logiciel informatique et, dans les foyers où il y a plus d'un adulte, le programme sélectionne une de ces personnes au hasard. Bensley et coll.[37] ont utilisé le BRFSS de 1997 de l'État de Washington pour demander à un échantillon adulte représentatif leur expérience de violence ou de négligence dans l'enfance ainsi que leur consommation d'alcool. Bien qu'un système de surveillance similaire n'existe pas au Canada, on pourrait tenir compte de sa méthodologie pour la collecte d'informations sur la maltraitance envers les enfants et sur les comportements dans la population canadienne générale.

Cas non signalés

Les cas de maltraitance à l'égard des enfants peuvent ne pas être signalés pour plusieurs raisons. Un enfant peut ne pas dévoiler l'abus dont il est victime, le professionnel qui voit l'enfant peut ne pas soupçonner l'abus, ou la personne à qui l'enfant dévoile les mauvais traitements peut ne pas les rapporter. En utilisant des données provenant de la première U.S. National Incidence Study of Child Abuse, Hampton et Newberger[40] ont démontré que les cas signalés étaient différents des cas non signalés. Les cas de violence physique, d'abus sexuel et de négligence physique avaient une probabilité plus élevée d'être signalés, tandis que les cas de violence émotive, de négligence sur le plan de l'éducation et de négligence émotive avaient une probabilité plus élevée de ne pas être déclarés. L'étude suggérait également que les cas de victimes provenant de familles à revenu plus élevé avaient une probabilité moindre d'être signalés.

Des études américaines ont démontré que 51,5 % de toutes les déclarations de mauvais traitements envers les enfants étaient rapportées par des professionnels responsables du signalement, contre 48,5 % par des personnes n'ayant pas cette responsabilité au point de vue légal. Cette répartition 50-50 a été corroborée dans l'étude ontarienne d'incidence. Environ 10 % de tous les signalements provenaient du personnel médical et hospitalier. Sur la base de calculs de données tirées de la deuxième U.S. National Incidence Study of Child Abuse and Neglect, on a estimé à 56 % la probabilité de signaler chez les professionnels ayant la responsabilité de le faire. Comme prévu, les taux de signalements varient selon les groupes professionnels, les milieux de travail et les régions géographiques. Chez le personnel hospitalier, la probabilité de signaler était de 66 %[6]. Des recherches ont été entreprises afin d'étudier les barrières empêchant le signalement ainsi que les stratégies possibles pour les réduire.

Bien qu'il serait intéressant d'en apprendre plus sur les cas non signalés, il n'existe pas de façon simple pour y arriver. On doit élaborer une méthodologie permettant de vérifier les cas qui ne seraient pas signalés autrement. Les efforts en vue d'amasser de l'information au sujet de tels cas semblent mieux adaptés à un contexte de recherche. Hampton et Newberger[40] ont comparé les cas de violence envers les enfants signalés aux organismes de protection de l'enfance par les hôpitaux dans la première *National Incidence Study of Child Abuse and Neglect* aux cas de violence envers les enfants signalés directement à l'étude, selon des critères prédéfinis. Près de la moitié des cas correspondant à la définition d'abus de l'étude n'avaient jamais été signalés à des organismes de protection de l'enfance.

Si la mise en place d'interventions améliorant le signalement présente un intérêt, il faudra alors déterminer qui devrait administrer l'intervention, quelle intervention serait utilisée, comment ses effets seraient étudiés et comment le contexte pourrait être contrôlé de façon à ce que les effets puissent être attribués à l'intervention. Ces questions vont au delà du rôle de la surveillance.

Pertinence des informations culturelles

On recueille des données sur la race plus fréquemment aux États-Unis qu'au Canada. Énormément de sensibilité et de controverse sont associées à la question de l'utilité et de l'utilisation des données ethno-raciales. Dans la littérature portant sur la maltraitance à l'égard des enfants, on suggère que le signalement pourrait être biaisé selon la race[40], que le degré d'acceptation des punitions corporelles varierait énormément selon les cultures[6] et que les formes de mauvais traitements auto-révélées différeraient selon les groupes ethniques[41]. De même, les enquêtes auprès de la population peuvent omettre certains groupes. Le Supplément sur l'Enquête sur la santé en Ontario a, par exemple, exclu de son échantillonage des sous-groupes comme les membres des Premières Nations vivant dans des réserves. Lors de la planification de stratégies de prévention et d'intervention, il est important d'avoir des informations exactes sur les groupes à risque. La collecte de données ethno-raciales est donc un élément essentiel de la surveillance de l'enfance maltraitée. De plus, il faut tenter d'engager les organismes travaillant avec les communautés ethno-culturelles, afin d'obtenir leurs commentaires et leur collaboration à la collecte de données pour la surveillance.

On dispose de peu d'information sur la maltraitance à l'égard des enfants dans les communautés autochtones. Embree et De Wit[42] ont trouvé que, dans une communauté autochtone au Canada, l'expérience de l'abus sexuel dans l'enfance et une consommation élevée d'alcool étaient liées à une moins grande satisfaction dans la relation de couple. Piasecki et coll.[43] ont utilisé des enquêtes menées auprès d'informateurs clés en Arizona et au Nouveau-Mexique pour étudier des facteurs liés à la violence et à la négligence chez les enfants autochtones aux États-Unis qui recevaient des traitements en santé mentale ou dont on savait qu'ils avaient été abusés.

Les prochaines études chez les communautés autochtones devraient inclure les membres des Premières Nations eux-mêmes ainsi que leurs prestataires de services. Il sera peut-être possible de modifier et de répéter l'Étude d'incidence canadienne des cas déclarés de violence et de négligence envers les enfants pour un échantillon d'organismes de protection de l'enfance oeuvrant dans les communautés autochtones à travers le Canada. De même, on devrait explorer la possibilité de réaliser des enquêtes communautaires examinant les questions liées à l'abus.

QUESTIONS MÉTHODOLOGIQUES

Sous-estimation du nombre de cas

Le sous-dénombrement des cas est un problème dans la surveillance de la maltraitance à l'égard des enfants. Winn et coll.[29] ont trouvé que 25 % des blessures intentionnelles résultant de la violence envers les enfants n'étaient pas incluses lorsqu'elles étaient analysées en utilisant les codes E des données sur les congés des hôpitaux. Des études ont également montré qu'une codification inexacte des causes de décès, de l'information incomplète ou inexacte sur les certificats de décès, des changements dans les définitions de cas de la violence et de la négligence, des rapports de police incomplets, un manque d'information sur l'agresseur et une mauvaise classification de la plupart des cas de décès par négligence (qui devraient être considérés comme des homicides) contribuent tous au sous-dénombrement des cas de mortalité résultant de la maltraitance envers les enfants. Une étude américaine portant sur les décès d'enfants âgés de 11 ans et moins entre 1985 et 1996 a trouvé que les codes CIM-9 sous-estimaient le nombre d'homicides liés à l'abus d'environ 61,6 % lorsque comparés aux données provenant des médecins légistes[30]. Une étude américaine antérieure portant sur les décès d'enfants, âgés entre 0 et 17 ans, résultant de la violence et de la négligence a trouvé que 85 % de ces décès avaient été attribués à d'autres causes[31]. En dépit de ces limites, les auteurs suggèrent que les statistiques démographiques peuvent toujours être utilisées pour surveiller les tendances historiques, surtout si des méthodes statistiques corrigeant le problème de la sous-estimation du nombre de cas sont utilisées.

À la lumière de ces limites, on devrait explorer la possibilité d'utiliser les données provenant des coroners pour la description des décès d'enfants causés par la maltraitance. Il pourrait également être possible de vérifier ces dossiers par recoupement avec les dossiers des organismes de protection de l'enfance et de la police pour améliorer la capacité de déterminer les causes sous-jacentes des décès ainsi que pour acquérir de l'information sur les facteurs de risque et les agresseurs.

Erreurs systématiques

En examinant la façon dont les cas de violence envers les enfants sont mis sous surveillance, il est évident que des erreurs systématiques peuvent s'introduire à toutes les étapes du processus. Les circonstances de la situation abusive enfant-famille, le signalement et l'enquête sont tous vulnérables aux biais. La nature de la maltraitance peut être correctement catégorisée ou non, et l'existence de multiples formes de maltraitance peut être ou non notée. Selon la source d'information utilisée, le cas peut être ou non porté à l'attention du système de surveillance. Aussi, un cas sera inclus ou exclu selon les définitions de cas utilisées pour la surveillance. Même pour les cas inclus, des données manquantes peuvent être présentes de façon systématique, ajoutant ainsi davantage de biais dans le système.

Les données non représentatives peuvent être utiles pour brosser un tableau du problème, mais il faut tenir compte de cette limite lorsque ces informations sont utilisées. De telles données ne peuvent pas se généraliser à d'autres groupes ou à la population entière. Il faut connaître les groupes d'individus et les types de maltraitance ayant une probabilité plus élevée d'être inclus dans le système de surveillance et ceux ayant une plus grande probabilité d'être sous-représentés.

Dossiers en double

Le nombre de signalements de maltraitance à l'égard des enfants n'est pas égal au nombre d'enfants ayant été maltraités. Des doubles peuvent exister si le même événement de maltraitance a été signalé par plus d'une source, ou si le même enfant a été victime de mauvais traitements plus d'une fois. Lorsque les informations

proviennent de plus d'une source, la probabilité de compter un événement plus d'une fois augmente. Indépendamment des raisons, il est important d'identifier les signalements en double parce que cela permettra de présenter des statistiques plus exactes sur la maltraitance.

Dans les systèmes de surveillance où se trouvent des informations nominales (telles que les systèmes de surveillance des maladies infectieuses au niveau municipal), les dossiers peuvent être appariés par nom, date de naissance et résidence. Cependant, les noms ne sont souvent pas disponibles légalement sans consentement, et les systèmes non nominaux existent donc, où l'on trouve des codes au lieu des noms. Dans ces situations, d'autres indicateurs devront être utilisés pour l'appariement de dossiers (p. ex., date de naissance, sexe, résidence). La probabilité d'apparier ces dossiers correctement augmente avec le nombre d'éléments utilisés pour le faire.

Choix des dénominateurs

Dans le calcul des taux de maltraitance, il faut prendre en considération la comparabilité des catégories (p. ex., l'âge, le sexe) utilisées pour le numérateur et le dénominateur. Les dénominateurs utilisés pour le calcul des taux proviennent souvent de systèmes de données différents (p. ex., le recensement) du numérateur. Il faut donc s'assurer que les bons dénominateurs sont utilisés. Le choix des dénominateurs devient plus complexe quand l'unité d'analyse du numérateur n'est pas la même que celle du dénominateur, par exemple lorsque plusieurs rapports d'un même cas sont présents dans le numérateur.

RÉSUMÉ

Des statistiques continues sur la maltraitance à l'égard des enfants peuvent fournir d'importantes informations qui serviront ensuite à l'élaboration de stratégies de prévention et d'intervention en matière de violence et de négligence envers les enfants. L'expérience passée en surveillance de la santé publique montre que les systèmes obtenant les meilleurs résultats possèdent les caractéristiques suivantes : utilité, simplicité, flexibilité, acceptabilité, sensibilité, spécificité, représentativité, rapidité d'exécution et ressources.

Dans la planification de la surveillance de l'enfance maltraitée, il est important d'inclure des partenaires de différents secteurs et disciplines dès le départ. Les questions spécifiques aux données de maltraitance envers les enfants, par exemple le manque d'uniformité dans les définitions de la violence et de la négligence envers les enfants, doivent être prises en considération. Il faut également fixer des objectifs clairs et définir les cas pour la surveillance de façon non ambiguë. Les sources d'information sur la maltraitance à l'égard des enfants peuvent ensuite être identifiées de même que les variables principales. Par la suite, on doit déterminer à quelle fréquence la collecte/le transfert, l'analyse et la diffusion des données s'effectueront, et on doit également déterminer les méthodes de stockage des données.

RÉFÉRENCES

1. World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. 1999. *Component 3: child abuse and neglect/ family violence*, 1999. (Disponible à l'adresse suivante : www.who.dk/chlddev/child%5Fprotection.html)

2. MacMillan HL, Fleming JE, Trocmé N, et coll. Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. *JAMA* 1997;278(2):131–35.

3. Trocmé N, McPhee D, Tam KK, Hay T. *Ontario incidence study of reported child abuse and neglect*. The Institute for the Prevention of Child Abuse, 1994.

4. Organisation pan-américaine de la santé. *Violence and health – regional plan of action, 1999*, 1999. (Disponible à l'adresse suivante : www.paho.org/english/hpp/ vioplan.htm)

5. World Health Organization Regional Office for Europe. *Report on first meeting on strategies for child protection, October 29-31, 1998, Padua, Italy*, 1998. (Disponible à : www.who.dk)

6. Loo SK, Bala NMC, Clarke ME, Hornick JP. *La violence envers les enfants : Signalement et classification dans les établissements de santé*. N° cat. H49-123/1999F. Ottawa : Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, 1999.

7. Christianson-Wood J, Murray JL. *Child death reviews and child mortality data collection in Canada*. Ottawa : Santé Canada, 1999.

8. Phaneuf G, Tonmyr L. Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. *Can Med Assoc J* 1998;159(5):446.

9. Klaucke D. Evaluating public health surveillance systems. Dans : Halperin W, Baker EL (éds). *Public health surveillance*. New York : Van Nostrand Reinhold, 1992.

10. Bureau de surveillance nationale de la santé (Canada). *Un réseau de surveillance de la santé au Canada*. Ottawa : Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, 1999.

11. Brachman PS. Public health surveillance. Dans : Evans AS, Brachman PS (éds). *Bacterial infections of humans: epidemiology and control*. 3e éd. New York : Plenum Medical Book Co, 1998.

12. Thacker SB, Berkelman RL. History of public health surveillance. Dans : Halperin W, Baker EL (éds). *Public health surveillance*. New York : Van Nostrand Reinhold, 1992.

13. World Health Organization. Expanded programme on immunization. *Evaluation and monitoring of national immunization programmes*. EPI/GEN/86/4Rev.1. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé, 1986.

14. Orenstein WA, Bernier RH. Surveillance in the control of vaccine-preventable diseases. Dans : Halperin W, Baker EL (éds). *Public health surveillance*. New York : Van Nostrand Reinhold, 1992.

15. Thacker SB, Parrish RG, Trowbridge FL, Surveillance Coordination Group. A method for evaluating systems of epidemiological surveillance. *World Health Stat Quarterly* 1988;41:11–7.

16. IMPACT monitoring network: A better mousetrap. *Can J Infect Dis* 1993;4(4):194–95.

17. MacKenzie SG, Pless IB. CHIRPP: Canada's principal injury surveillance program. *Injury Prevention* 1999;5:208–13.

18. Santé Canada. *Le Bulletin du SCHIRPT*, 1999;17. (Disponible à l'adresse suivante : www.hc-sc.gc.ca/hpb/ lcdc/publicat/chirpp/17dec99/index_f.html)

19. Carter A. Establishing goals, techniques, and priorities for national communicable disease surveillance. *Can J Infect Dis* 1991;2(1):37–40.

20. Groupe de travail fédéral-provincial sur l'information sur les services à l'enfance et à la famille (Canada). *Le rôle des autorités provinciales et territoriales en matière d'enfance maltraitée*. Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services (N° Cat H72-21/99-1994F), 1994.

21. Vandeven AM, Newberger EH. Child abuse. *Annu Rev Public Health* 1994;15:367–79.

22. Department of Health and Human Services (United States). *Study findings: study of national incidence and prevalence of child abuse and neglect*, 1988. (On peut se procurer le document à la National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information, P.O. Box 1182, Washington, DC, 20013-1182, (800) FYI-3366).

23. Department of Health and Human Services (United States). *The third national incidence study of child abuse and neglect*, 1996. (On peut se procurer le document à la National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information, P.O. Box 1182, Washington, DC, 20013-1182, (800) FYI-3366).

24. Mausner JS, Kramer S. *Epidemiology – an introductory text*. 2e éd. Philadephia : W.B. Saunders Co, 1985.

25. Groupe de travail fédéral-provincial sur l'information sur les services à l'enfance et à la famille (Canada). *Les services à l'enfance et à la famille : Rapport statistique de 1994-1995 à 1996-1997*. Ottawa : Groupe de travail fédéral-provincial sur l'information sur les services à l'enfance et à la famille, 1998.

26. Choinière R, Robitaille Y. Considérations méthodologiques et profil global des décès, hospitalisations et consultations à l'urgence. Dans : *Pour la sécurité des jeunes Canadiens*. No Cat. H39-412-1997F. Ottawa : Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, 1997.

27. Badgley RF. Prevalence of child sexual abuse. *Can J Public Health* 1989;80:296–98.

28. Bagley C. Prevalence and correlates of unwanted sexual acts in childhood in a national Canadian sample. *Can J Public Health* 1989;80:295–98.

29. Winn DG, Agran PF, Anderson CL. Sensitivity of hospitals' e-coded data in identifying causes of children's violence-related injuries. *Public Health Rep* 1995;110(3):277–81.

30. Herman-Giddens ME, Brown G, Verbiest S, et coll. Underascertainment of child abuse mortality in the United States. *JAMA* 1999;282(5):463–67.

31. McClain PW, Sacks JJ, Froehlke RG, et coll. Estimates of fatal child abuse and neglect, United States, 1979 through 1988. *Pediatrics* 1993;91(2):338–43.

32. Wolfe DA. Un cadre conceptuel pour la surveillance de l'enfance maltraitée. Dans : Tonmyr L, Phaneuf G (éds). *Cadre conceptuel et épidémiologique pour la surveillance de l'enfance maltraitée*. Ottawa : Santé Canada, 2001.

33. Trocmé N, MacLaurin B, Fallon B, Daciuk J, Billingsley D, Tourigny M, et coll. *Canadian incidence study of reported child abuse and neglect: final report*. Ottawa (Ontario) : Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, 2001.

34. Bureau de surveillance nationale de la santé (Canada). *Un réseau de surveillance de la santé au Canada*. Ottawa : Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, 1999. (Le document est disponible à www.hc-sc-gc.ca/hptb/transitn/surveilf.html).

35. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et coll. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med* 1998;14:245–58.

36. Guyer B, Lescohier I, Gallagher SS, et al. Intentional injuries among children and adolescents in Massachussetts. *N Engl J Med* 1989;321:1584–89.

37. Bensley LS, Van Eenwyk J, Simmons KW. Self-reported childhood sexual and physical abuse and adult HIV-risk behaviours and heavy drinking. *Am J Prev Med* 2000;8(2):151–58.

38. Bensley LS, Spieker SJ, Van Eenwyk J, Schoder J. Self-reported abuse history and adolescent problem behaviours. II. Alcohol and drug use. *J Adolesc Health* 1999;24:173–80.

39. Foege WH. Adverse childhood experiences. A public health perspective. *Am J Prev Med* 1998;14(4):354–55.

40. Hampton RL, Newberger EH. Child abuse incidence and reporting by hospitals: Significance of severity, class and race. *Am J Public Health* 1985;75(1):56–60.

41. Meston CM, Heiman JR, Trapnell PD, et coll. Ethnicity, desirable responding, and self reports of abuse: A comparison of European and Asian ancestry undergraduates. *Consult Clin Psychol* 1999;67(1):139–44.

42. Embree BG, De Wit ML. Family background characteristics and relationship satisfaction in a native community in Canada. *Soc Biol* 1997;44(1-2):42–54.

43. Piasecki JM, Manson SM, Biernoff MP, et al. Abuse and neglect of American Indian children: Findings from a survey of federal providers. *Am Indian Alsk Native Ment Health Res* 1989;3(2):43–62.